


Colombia Compra Eficiente

[Aumentar el contraste](#) 

UTC -5 18:44:33
jean paul alarcon... 

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Id de página:: 14005969 Ayuda ?

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones

Todos los usuarios

Activo

Seleccione

Búsqueda de usuarios

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usug
jean paul alarcon barragan	jeanpaulalarcon@gmail.com	3 horas de tiempo transcurrido (3/25/2018 3:28:07 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	Aceptado	4 minutos de tiempo transcurrido (3/25/2018 6:40:18 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	Activa

OPCIONES

Crear usuarios

Aceptar acceso

Rechazar acceso

Cancelar acceso

Revertir rechazo del acceso

VER

Últimas modificaciones

Todos

Usuarios activos

Usuarios inactivos

Accesos pendientes

Accesos aceptados

Accesos rechazados

Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>AIARCON</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>BARRAGAN</u>	NOMBRES <u>JEAN PAUL</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>80728971</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>COLOMBIA</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NÚMERO <u>8108020666</u> D.M. <u>SI</u>		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>02</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1981</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CUNDINAMARCA</u> MUNICIPIO <u>BOGOTA</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CL 30 A SUR 1-53 ESTE</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CUNDINAMARCA</u> MUNICIPIO <u>BOGOTA</u> TELÉFONO <u>3043835126</u> EMAIL <u>jean.paul.aiarcon@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>BACHILLER.</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u> AÑO <u>1998</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico, en Modalidad Académica Escriba:

TC (Técnica), TL (Tecnológica), TE (Tecnológica Especializada), UN (Universitaria),

ES (Especialización), MG (Maestría o Magister), DOC (Doctorado o PhD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		ODONTOLOGO	12	2006	999
ES	3	X		GERENCIA EN SALUD PUBLICA	4	2012	
ES	3	X		GERENCIA EN SALUD OCCUPACIONAL	8	2013	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
<u>INGLES</u>		X			X			X	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

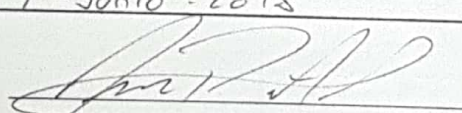
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	11	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 1 - Junio - 2018


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Subred Integrada de Servicios de Salud Cundinamarca</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>302 3399604</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>04</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2009</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Profesional Especializado</i>	DEPENDENCIA <i>Salud pública</i>	DIRECCIÓN <i>AU Caracas 33A 11</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>D'VENT</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyaca</i>	MUNICIPIO <i>Guatagave</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>d-vent@hotmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>098 754791</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2009</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2009</i>	
CARGO O CONTRATO <i>ODONTOLOGO</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <i>Ki 7 9 SI Guatagave</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Proteccion Oral</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6139249</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2008</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2008</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Odontologo</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <i>Au Saba 125 29</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>ESE Hospital Regional Valle de Tenca</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyaca</i>	MUNICIPIO <i>Guayate</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>098 7500279</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>04</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2007</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>04</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2008</i>	
CARGO O CONTRATO <i>ODONTOLOGO</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <i>TUR 8-25 Garagoa</i>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JEAN PAUL AIARCON BARRAGAN
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 80728971 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá
DIRECCIÓN CL 30 A SUR 1-53 ESTE TELÉFONOS 3043835126 3002088478
MUNICIPIO BOGOTÁ DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA PAÍS COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
AVA RITA BARRAGAN ESCOBAR	41.759.139	MADRE
FELIX ESTEBAN AIARCON CUALLA	79.155.728	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☒ PARA MODIFICAR ☐
LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	43.307.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	43.307.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008480313736	20 DE JULIO	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLE	VEHICULO	40.000.000

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones :

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

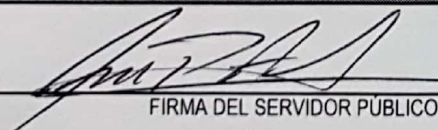
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CónyUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

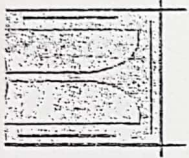
3. FIRMA



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTÁ 26-MARZO-2018

CIUDAD Y FECHA



EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
SEGÚN PERSONERÍA JURÍDICA OTORGADA POR LA RESOLUCIÓN No. 1384 DEL 1° DE ABRIL DE 1975

Odontólogo

confiere el título de

Jean Paul Allarcon Barragan

Identificado con la C. C. No. 80.328.931

expedida en Bogotá D.C.

En testimonio de ello se expide el presente diploma en Bogotá D.C. a los 13

días del mes de Diciembre del año 2006 y lo república con sello respectivo

Juan Manuel Barragan
Presidente Consejo Directivo

J. Barragan
Rector

Alonso
Secretario General

Alonso

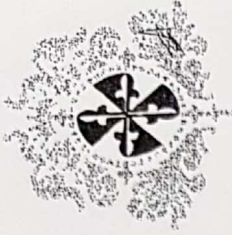


UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1653

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651

Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

Porcuanto Jean Paul Alarcon Barragan

C.C. No° 80728971

Egresado de la Universidad Colegio Odontologico Colombiano

en virtud del convenio (Resolución 35061 de septiembre 25 de 1995), ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, la Universidad CES le confiere el título de

Especialista en Gerencia de la Salud Pública

Registrado bajo el No° 35149 Folio 105 Libro 30 y refrendado por la Secretaría General de la Universidad CES en la ciudad de Medellín, República de Colombia, a los Veintisiete (27) días del mes de Abril de dos mil Doce (2012)

LM

El Rector de la Universidad - CES

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

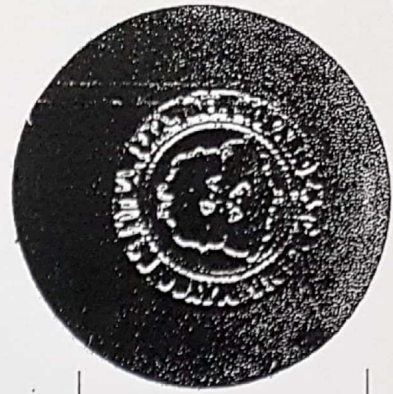
[Signature]

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad - CES

[Signature]

La Secretaría General de la Universidad - CES

[Signature]



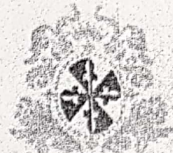
[Signature]
El Decano de la Facultad de Administración del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Exposición del Colegio en la Biblioteca Nacional No. 177.141.02 de enero de 2007



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Real Cédula del 31 de diciembre de 1651
Resolución 59 del 16 de septiembre de 1897

Por cuanto Jean Paul Alarcón Barragán

C.C. No. 80.728.971 Bogotá D.C.

Egresado de la Universidad Colegio Odontológico Colombiano

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, la Universidad CES, en virtud del convenio celebrado entre ambas instituciones, le confiere el título de

Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional

Registrado bajo el No. 11234 Folio 313 Libro 313 y refrendado por la Secretaría General de la Universidad CES en la ciudad de Medellín, República de Colombia, a los Treinta (30) días del mes de Agosto de dos mil Diez (2010)

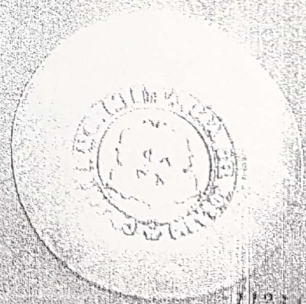
El Rector de la Universidad - CES

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

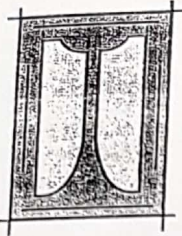
La Secretaría General de la Universidad - CES

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad - CES

El Decano de la Facultad de Administración del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario



11234



Colegio Odontológico Colombiano

Consejo Directivo

Los suscritos Presidente y Secretaria del Consejo Directivo del Colegio Odontológico Colombiano, expiden copia auténtica del Acta de Grado del

*Alumno: **ALARCON BARRAGAN JEAN PAUL***

*Portador de la C.C. No. **80728971***

*y que a la letra dice, Folio No. **90***

*Registro diploma No. **10498***

*expedida en **Bogotá D.C.***

*del libro de registro No. **2***

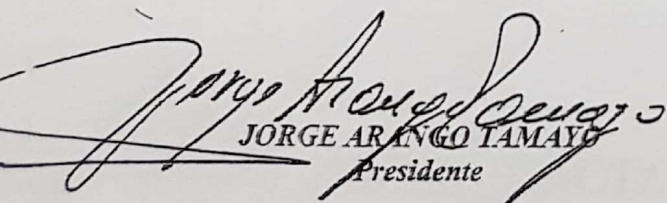
*Acta No. **132***

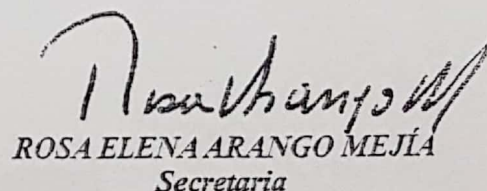
En la ciudad de Bogotá, D.C., a los trece (13) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006) en el Auditorio del Centro de Convenciones "Gonzalo Jiménez de Quesada" siendo a las 7:00 p.m. y ante la presencia del Doctor JORGE ARANGO TAMAYO, Presidente del Consejo Directivo, del Doctor JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA, Rector, de la Doctora ROSA ELENA ARANGO MEJIA, Secretaria General del Colegio Odontológico Colombiano, del Doctor FARID SAAB CHALELA, Padrino de la Septuagésima Primera (LXXI) promoción, del Doctor ANDREW TAWSE SMITH, Decano de la Facultad de Odontología de Bogotá y del Doctor JAVIER BARRAGAN ESPINOSA, Decano de la Facultad de Odontología Extensión Santiago de Cali, y demás miembros del Consejo Directivo del Colegio Odontológico Colombiano, se llevó a cabo la ceremonia de grado de alumnos que culminaron su programa académico y que por lo tanto cumplieron con la totalidad de requisitos exigidos en el Estatuto y los Reglamentos de la Institución.

*El señor Rector tomó a los graduandos el juramento estatutario e hizo entrega a cada uno de ellos del Diploma de **Odontólogo**, que otorga al Colegio Odontológico Colombiano, según aprobación contenida en la Resolución 18391 del 15 de Octubre de 1979 del Ministerio de Educación Nacional y renovada mediante Resolución No. 188 del 24 de Enero de 2006 del Ministerio de Educación Nacional, que otorga el registro calificado para la Facultad de Odontología del Colegio Odontológico Colombiano - Bogotá, D.C. que los acredita para ejercer la profesión de Odontólogos en todo el territorio Nacional.*

El Presidente (fdo) JORGE ARANGO TAMAYO, la Secretaria (fdo) ROSA ELENA ARANGOMEJIA. Haysellos del Presidente y de la Secretaria.

Dada en Bogotá D.C, a los trece (13) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006)


JORGE ARANGO TAMAYO
Presidente


ROSA ELENA ARANGO MEJÍA
Secretaria



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1985, expedida por el Ministerio de Gobierno

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
Programa de **ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE SALUD PÚBLICA-**
CONVENIO UNIVERSIDAD CES-MEDELLÍN

Acta individual de Grado No. 51122

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintisiete (27) de Abril de dos mil doce (2012) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

a

JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

Identificado con Cédula de Ciudadanía. No. 80728971, quién cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 4959, registrado bajo el No. 35149 del libro No. 30 folio 105.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado firmada por:

FERNANDO LOCANO BOTERO

CARLOS EDUARDO MÉNDEZ ÁLVAREZ

MIGUEL ANGEL PÉREZ PORTILLO

DECANO

COORDINADOR DE POSGRADOS

SECRETARIO ACADÉMICO

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de Abril de dos mil doce (2012).

MIGUEL ANGEL PÉREZ PORTILLO

Secretario Académico

CATALINA LLERAS FIGUEROA

Secretaría General

ACTA DE GRADO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

ACTA DE GRADUACIÓN N°11349

Viernes, 30 de agosto de 2013

Facultad: Medicina
Programa: Postgrado en Salud Pública
Componente: Gerencia de la Salud Ocupacional
Código SNIES: 5507

En la ciudad de Bogotá D.C., departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el viernes, 30 de agosto de 2013, a las 15:00 horas, en el Claustro, Capilla de la Bordadita, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual en virtud del convenio con la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, la Universidad CES confirió el título profesional de **Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional** a **Jean Paul Alarcón Barragán**, con documento de identidad **80.728.971** de Bogotá D.C.

El acto estuvo presidido por el doctor Hans Peter Knudsen Quevedo, Presidente delegado y Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Cumplidos los reglamentos y previa toma del juramento correspondiente, el presidente de la ceremonia procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 484 del martes, 20 de agosto de 2013 y el convenio suscrito entre la Universidad CES y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario en el año 1995.

En constancia se firma la presente acta en la ciudad de Medellín por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la facultad de Medicina de la Universidad CES, Secretaria General de la Universidad CES y en la ciudad Bogotá por la Secretaria General de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Universidad CES

Patricia Chejne Fayad
Secretaria General
Universidad CES

Catalina Lleras Figueroa
Secretaria General
Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario

El diploma fue registrado en el Folio 313 Número 11234. El viernes, 30 de agosto de 2013. Firma:

Bogotá D.C

Señores:

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

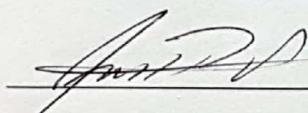
Yo, JEAN PAUL ALARCÓN BARRAGAN, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

80 728 971

Tarjeta profesional No:

RES 999

Dirección de contacto:

CI 30 A SUR 1-53 ESTE

Teléfono:

304 323 5120

Bogotá D.C

Señores:

Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario - Universidad del Rosario
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JEAN PAUL AARZON BARRAGAN, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD PUBLICA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

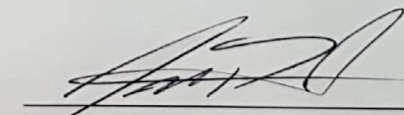
Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:


20 728 971
CI 30 A SUR 1-53 Este
304 383 5126

Bogotá D.C

Señores:

Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario - Universidad del Rosario
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

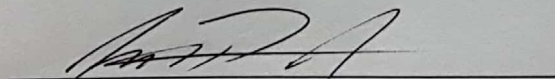
Yo, JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN. en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

80728971

Tarjeta profesional No:

Res. 4652 de 15-04-2014

Dirección de contacto:

C/ 30 A SUR 1-53 ESTE

Teléfono:

3043835126

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**, identificado con CC. N° 80.728.971, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relación a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C/TO
994-2009	04/08/2009	31/08/2009	\$ 1.728.000
1024-2009	01/09/2009	30/09/2009	\$ 1.920.000
1066-2009	01/10/2009	30/11/2009	\$ 3.840.000
ADC. 1066	01/12/2009	15/12/2009	\$ 960.000
040-2010	14/01/2010	15/06/2010	\$ 10.082.667
ADC. 040	16/06/2010	15/08/2010	\$ 3.980.000
852-2010	17/08/2010	24/12/2010	\$ 8.490.667
ADC.852	25/12/2010	14/01/2011	\$ 1.326.667
491-2011	15/02/2011	28/04/2011	\$ 5.056.667
ADC. 491	29/04/2011	31/05/2011	\$ 2.186.667
1003-2011	01/06/2011	30/11/2011	\$ 12.300.000
ADC. 1003	01/12/2011	15/01/2012	\$ 3.075.000
381-2012	16/01/2012	30/06/2012	\$ 11.763.867
725-2012	01/08/2012	30/09/2012	\$ 6.432.000
ADC. 725	01/10/2012	30/11/2012	\$ 6.432.000
1402-2012	01/12/2012	31/01/2013	\$ 7.165.668
ADC. 1402	01/02/2013	28/02/2013	\$ 3.582.834
344-2013	01/03/2013	31/07/2013	\$ 21.936.675
ADC. 344	01/08/2013	31/08/2013	\$ 4.387.335
1465-2013	01/09/2013	30/11/2013	\$ 3.126.667
2902-2014	02/09/2014	30/09/2014	\$ 3.489.667
3350-2014	03/10/2014	31/10/2014	\$ 3.610.000
3788-2014	01/11/2014	30/11/2014	\$ 3.610.000
4465-2014	01/12/2014	31/12/2014	\$ 3.610.000
144-2015	01/01/2015	31/01/2015	\$ 3.610.000
972-2015	01/02/2015	31/03/2015	\$ 7.220.000
1554-2015	01/04/2015	31/07/2015	\$ 14.968.504
1933-2015	01/05/2015	31/07/2015	\$ 13.317.000
ADC. 1933	01/08/2015	30/09/2015	\$ 8.878.000
3034-2015	01/10/2015	30/11/2015	\$ 8.878.000
3616-2015	01/12/2015	31/12/2015	\$ 4.439.000

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

474-2016	01/01/2016	31/01/2016	\$ 4.439.000
977-2016	11/02/2016	15/08/2016	\$ 27.373.833
02-PS-1163-2016	05/09/2016	23/11/2016	\$ 7.666.667
PS-2792-2017	10/01/2017	31/03/2017	\$ 8.640.000
PS-3491-2017	11/04/2017	31/03/2018	\$ 46.666.667

OBSERVACIONES

- CON UNA TERMINACION BILATERAL DE LA OPS No.852-2011 A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2011
- CON UNA TERMINACION BILATERAL DELA OPS 1554-2015 A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2015

Contratos 994-2011 al 725-2012

OBJETO CONTRACTUAL

APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA EN SALUD PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE EJECUTA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Odontólogos para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFDy la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.

Contrato 1402-2012

OBJETO CONTRACTUAL

APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL DE LA SALUD ESPECIALIZADO PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Profesional de la Salud Especializado para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFDy la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud

Contrato 344-2013 – 1465-2013

OBJETO CONTRACTUAL

APOYO Y SOPORTE COMO ESPECIALISTA PARA LA COORDINACION DE TERRITORIOS EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Especialista para la Coordinación de territorios en el desarrollo de actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades

Diagonal 34 N° 5-43

Código postal: 110311

Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co

Info: Línea 3649666

contractuales . 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar .5. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos.

Contrato 2902-2014 al 144 -2015

OBJETO CONTRACTUAL

APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Apoyo a la Gestión Operativa para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE . 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales.3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.4. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos

Contrato 1933-2015 al 977-2016

OBJETO CONTRACTUAL

APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO, PARA EL PROGRAMA DE TERRITORIOS SALUDABLES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Apoyo a la Gestión Operativa para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.4. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos.

Contrato 02-PS-1163-2016

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL ESPACIO DE EDUCACION, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Diagonal 34 N° 5-43

Código postal: 110311

Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co

Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Contrato PS-2792-2017

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS-3491-2017

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

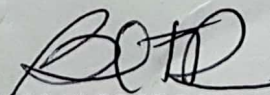
OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C, el día 25 de enero de 2018.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,


BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación 
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo 

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

vent

Odontología personalizada

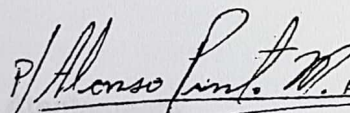
Nit 900088466-1

CERTIFICACIÓN

La Empresa **SERVICIOS PROFESIONALES ALONJA LTDA.**, identificada con Nit: **900.088.466-1**, certifica que el doctor **JEAN PAUL ALARCÓN BARRAGÁN**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.728.971 de Bogotá, prestó sus servicios profesionales cubriendo la consulta de Odontología General, los días martes y miércoles de cada semana, durante los meses de Abril, Mayo y Junio del año 2009.

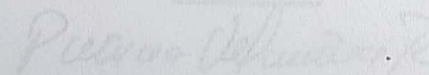
La presente certificación se expide como experiencia laboral, a los veintisiete (27) días del mes de Julio del año 2009.

Atentamente,


ALONSO PINTO MORENO
Odontólogo
Esp. Gerencia de Calidad en Salud
Reg. Min. Salud - 007971
Gerente Calidad en Salud

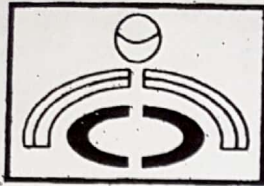
ALONSO PINTO MORENO

Gerente Calidad en Salud


PATRICIA VELAZQUEZ
Gerente Administrativa

Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.



CLINICA ODONTOLOGICA PROTECCION ORAL

URGENCIAS 24 HORAS
ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA

CERTIFICACION

LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PROTECCIÓN ORAL, identificada con el NIT: 800189531-3, certifica que el Doctor, JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN identificado con cédula de ciudadanía No. 80.728.971 de Bogotá, presto sus servicios a la Institución de octubre a noviembre de 2008, desempeñando el cargo de Odontólogo General.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de agosto de 2009.

Atentamente



CLINICA
ODONTOLOGICA
PROTECCION ORAL

Patricia Velandía R.
PATRICIA VELANDIA R.
Directora Administrativa

WILSON FERNANDO MARTÍN DÍAZ

RESOLUCION NUMERO 00000216
(01 JUN. 2007)

Por la cual se hace un **NOMBRAMIENTO**.

EL GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL II NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E., en uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución número 1018 de Julio 15 de 2005 emanada de la Secretaria de Salud de Boyacá, se aprueba la renovación de la Plaza en Odontología para la prestación del Servicio Social Obligatorio en la localidad de Guayatá, según Número de Orden O-046.

Que por terminación del Servicio Social Obligatorio de la Odontóloga **MARITZA LISETH CARDENAS CORREA**, se encuentra vacante el cargo en la localidad de Guayatá.

RESUELVE:

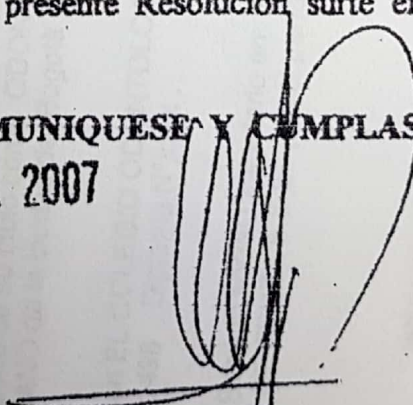
ARTICULO PRIMERO: Nombrar al Odontólogo **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** con Cédula 80.728.971 expedida en Bogotá, por un (1) año, a partir del cuatro (04) de Junio del año dos mil siete (2007) con una asignación mensual de Un millón trescientos cincuenta y nueve mil pesos (\$1.359.000,00) moneda corriente, sueldo y cargo previsto en el Plan de Cargos y asignaciones del Hospital para la presente vigencia.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución surte efectos fiscales a partir de la posesión.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Garagoa,

01 JUN. 2007


JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ
Gerente

Proyectó: Subgerente

Elaboró: Clemencia Morales

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80728971**

ALARCON BARRAGAN
APELLIDOS

JEAN PAUL
NOMBRES

JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-AGO-1981**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

B+

G.S. RH

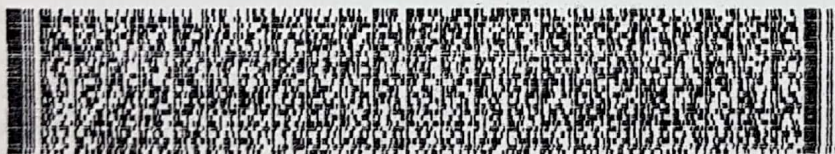
M

SEXO

18-ENE-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500100-42092012-M-0080728971-20010704

0707101177E 01 101445750



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MINISCA
Ministerio Único de Vigilancia, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14357075962



(415)7707212489984(8020) 000001435707596 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

8 0 7 2 8 9 7 1 -

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

8 0 7 2 8 9 7 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 1 0 1 1 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ALARCON

32. Segundo apellido

BARRAGAN

33. Primer nombre

JEAN

34. Otros nombres

PAUL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 30 A SUR 1 53 ESTE BRR BELLO HORIZONTE

42. Correo electrónico:

jeanpaulalarcon@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 0 7 6 6 5 0

45. Teléfono 2:

3 0 0 2 0 8 8 4 7 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 1 2 1 2

Actividad secundaria

48. Código:

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 1 1 2 0

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

0 0 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 5 1 1 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ALARCON BARRAGAN JEAN PAUL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 80728971-3 JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

Información General

Dirección CL 30 A SUR 1 53 ESTE

Teléfonos 2076650/3043835126

Dirección electrónica jeanpaulalarcon@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/12/2014

Soporte Inscripción 16402888

Fecha Inicio Actividades 31/12/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAL

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000259426



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservísta Segunda Clase

81080206666

ALARCON BARRAGAN

JEAN PAUL

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA
31-DIC 2011

2A. LINEA
31-DIC 2021

3A. LINEA
31-DIC. 2031

PROFESION

BACHILLER

FECHA EXPEDICION **26-FEB-1999**



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
 - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
 - Ingresar a la carrera administrativa
 - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehiculos
 - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
 - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
 - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

COMANDANTE ZONA

006251

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JEAN PAUL

ALARCON BARRAGAN

C.C 80728971

ODONTOLOGO(A)

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 04/08/2008



RESOLUCION NUMERO 00000216
(01 JUN. 2007)

Por la cual se hace un **NOMBRAMIENTO**.

EL GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL II NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E., en uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución número 1018 de Julio 15 de 2005 emanada de la Secretaria de Salud de Boyacá, se aprueba la renovación de la Plaza en Odontología para la prestación del Servicio Social Obligatorio en la localidad de Guayatá, según Número de Orden O-046.

Que por terminación del Servicio Social Obligatorio de la Odontóloga MARITZA LISETH CARDENAS CORREA, se encuentra vacante el cargo en la localidad de Guayatá.

RESUELVE:

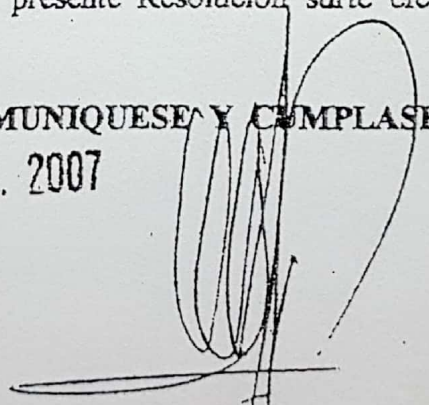
ARTICULO PRIMERO: Nombrar al Odontólogo **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** con Cédula 80.728.971 expedida en Bogotá, por un (1) año, a partir del cuatro (04) de Junio del año dos mil siete (2007) con una asignación mensual de Un millón trescientos cincuenta y nueve mil pesos (\$1.359.000,00) moneda corriente, sueldo y cargo previsto en el Plan de Cargos y asignaciones del Hospital para la presente vigencia.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución surte efectos fiscales a partir de la posesión.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Garagoa,

01 JUN. 2007


JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ
Gerente

Proyectó: Subgerente

Elaboró: Clemencia Morales

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

80728971

Primer Nombre *

jean

Primer Apellido *

alarcon

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	80728971	JEAN	PAUL	ALARCON	BARRAGAN	Ver

Información Detallada [CC: 80728971] JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Odontología	2008/7/07	GOBERNACION DE BOYACA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



jean paul alarcon <jeanpaulalarcon@gmail.com>

RESPUESTA SOLICITUD CERTIFICADO

1 mensaje

certificados tneo <tneodontologica@gmail.com>
Para: jeanpaulalarcon@gmail.com

23 de marzo de 2018, 16:14

Buen día,

Su solicitud esta en tramite para el dia martes 3 de abril, debido a que la semana comprendida entre el 26 y 30 de marzo el despacho cerrara en ocasión a la semana santa. EL documento no se envia por correo electronico el mismo se entrega personalmente en la [calle 71 no 11-10 oficina 1102 edificio corecol](#) en la ciudad de Bogota, de lunes a viernes de 8:00am a 1:00am y de 2:00pm a 5:00pm



ESQUEMA ANTIRRABICO			
Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis	
		2ª Dosis	
		3ª Dosis	
	Gamaglobulina		
	Suero Antiofídico		
	Suero Antirrábico		
Anotaciones Especiales			

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



14339

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Jean Paul Alarcon Barragan

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M

TELEFONO _____

Sv004

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jean Paul
Apellidos: Alarcon Barragan
Documento de Identidad: ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ PASA PORTE No. 80728971
Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año:

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jean Paul
Apellidos: Alarcon
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte No. 80.728.971
Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 08 Año 1981

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	25 JUL. 2009	Upa Bello Horizonte
	2ª Dosis	Agosto 3/2010	Upa Bello Horizonte
	Refuerzo	Feb. 10/2011	Upa Bello Horizonte
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA			
LOTE Nº			
(Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neum. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Enero 2/01		
	2	Feb 5/01		
	3	Marzo 8/01		

Ref. Moro 16/02.

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	21.11.15	013N4015A Abril 2016	Compensar
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25/07/2009	P2251/dic	CRUZ ROJA
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	21.11.15	17055 Enero 2016	Compensar
Virus de Papiloma Humano				
AH1N1	1	15-05-10	E50422318-6	Upa Bello Horizonte.

DATOS DEL PACIENTE.

Bogotá D.C, 18/nov./2015 02:55 pm

Nombres: JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

Tipo de Documento: CC Documento 80728971

Sexo: M F. **Nacimiento:** 02/ago./1981 **Edad:** 34.3 años

Entidad: HOSPITAL PABLO VI DE BOSA **Cargo:** COORDINADOR DE PROYECTO

Fecha y Hora entrega resultados: 18/nov./2015 3:09 p



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) FISICA / MENTALMENTE Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	X	NO
2	APTO (A) CON RESTRICCIONES QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO	Si		NO
3	APTO CON PATOLOGIAS QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO	Si		NO
4	CON RESTRICCIONES TEMPORALES PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si		NO
5	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si		NO
6	APTO (A) PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	Si		NO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones: NINGUNA

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Valoración o control Optométrico
X	Otras: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA Y PAUSAS ACTIVAS
Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica	
C.VISUAL	C.AUDITIVA
R.BIOMECANICO	X NUTRICIONAL
X CARDIOVASCULAR	
RIESGO QUIMICO	OTROS:

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda	Optometria	Agudeza Visual	Visiometria
Espirometría		Audiometría	Frotis Garaganta	KOH	RH
Glucosa		Hemograma	Serología	P. Alcohol	Coprológico
E.K.G.		Manipulación de Alimentos	Vacuna Tétanos	Enfasis Cardiovascular	P. de O
Perfil Lipídico		Psicométrico	F. Hepatica	Alturas	Otros:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR.(A): CARLOS RODRIGUEZ

Bogotá D. C, 18/nov./2015 02:55 pm

Dr. Carlos Rodriguez C.

Médico Cirujano

R.M. C.C. No. 80728971 UNAL
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado

C.C. No 80728971

BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 13 No. 3-50 Piso 12 Edificio Banichara Tels.:
(+57) 261.45.05 - 266.5993 - 266.53.82

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 39-09 Tels.: (+57) 282.64.29 - 342.49.34

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-02 Tels.: (+57) 447.00.68 - 447.14.01 - 414.63.87

SEDE OCCIDENTE 2
Av. Cra. 68 No. 17-96 Tels.: (+57) 414.63.97 - 260.92.84

SEDE NOROCCIDENTE
Autopista Norte No. 83-29 Tels.: (+57) 805.18.75 - 610.57.76 - 610.57.71

SEDE NOROCCIDENTE 2
Autopista Norte No. 83-89 Tels.: (+57) 257.93.25 - 256.23.52

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 32B - 42 Sur, Villamayor Tels.: (+57) 458.58.19 - 203.96.94

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Business Center Interior 141 - Oficina 400 Tels.: 312.416.8011

CITADISMA DE INDIAS
Calle 32 No. 9-45 La Matuna piso 7, Antiguo Banco Del Escudo Tels.: (+57) 660.01.52 - 680.08.07

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific Trade Center Tels.: (+57) 240.47.34 - 240.2055 Tels.: 313.369.1118

MEDELLÍN
Carrera 30 No. 44 B - 91 Barrio La América Tels.: (+4) 412.11.45 - 416.70.11 Tels.: 312.426.4246

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versailles Tels.: (+57) 318.0066 - 318.0066

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-06-01	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ALARCON	BARRAGAN	JEAN	PAUL
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	80728971	BOGOTA	2011-01-18
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1981-08-02	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3043835126
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ OTRO ☐			CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 30 A SUR 1 - 53 ESTE	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	2076650
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
jeanpaulalarcon@gmail.com		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA:			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		NO ☐	ICA	SI ☒ NO ☐	#622 7490
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA			
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒				
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	JD ☐	# NIT		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGÉTICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TELECOMUNICACIONES ☐	ALIMENTARIOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒						
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 0	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 4.000.000	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CRÉDITO	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 1.260.000	VEHICULOS	\$ 40.000.000	DEUDA VEHICULOS	\$ 16.000.000
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 190.000.000	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 4.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.260.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 230.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 16.000.000
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
MORA		SEPULVEDA		MAGDA		ROCIO	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR	
KR 76 14-56 TR 5 APT 1005		BOGOTÁ		AMISTAD		3105771557	
7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
DAVIVIENDA		AHORROS		8480313736	20 DE JULIO	338-3838	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:							
IMPORTACIÓN ☐	EXPORTACIÓN ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>	
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS							
<p>Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <p><i>Indique su profesión:</i> ODONTOLOGO-PROFESIONAL ESPECIALIZADO</p> <p>2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)</p> <p>3. No admitir que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.</p> <p>7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.</p>							

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017/08-22</p>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. <i>Nota:</i> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público. NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.		
CONSIDERACIONES		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACION		
<p>Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 34 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 34 44 84, e-mail: sarlita@subredcentroorientegov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<u>INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</u>). 9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento. NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>		
IX. FIRMA Y HUELLA		

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN identificado(a) con cedula ciudadania 80.728.971, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	255

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Junio de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
9655982

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80728971**, se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/06/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de marzo de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80728971

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR
ARL

JEAN

Primer Nombre

PAUL

Segundo Nombre

ALARCON

Primer Apellido

BARRAGAN.

Segundo Apellido

02-08-1981

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CL 30A SUR 1-53 E.

Dirección de Residencia

2076650

Teléfono Fijo

COMPENSAR.

EPS - Salud

COLPENSIONES.

AFP - Pensiones

\$ 4.000.000.

Honorarios

PROFESIONAL GENERALIZACION

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Jeanpaulalarcon@gmail.com.

Correo Electrónico

3043835126.

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110398102



WEB

21:15:43

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80728971:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de mayo de 2018, a las 21:12:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80728971
Código de Verificación	80728971180529211243

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO





Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2018 - 21:19 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN** de BOGOTÁ D.C.

80728971

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **5_96BMR_1921**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:24:06 horas del 29/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **80728971**

Apellidos y Nombres: **ALARCON BARRAGAN JEAN PAUL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm
y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 /
9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

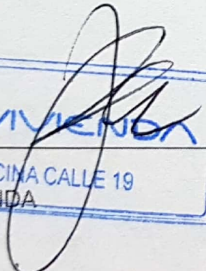
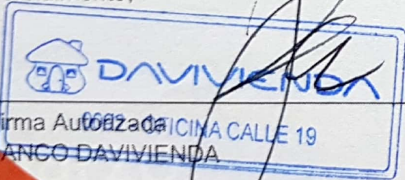
2015/11/19

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
con Cédula de Ciudadanía número 80728971
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008480313736
Fecha Apertura 2009/07/28

Cordialmente,

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1 Rev. IV - 06