FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BEDOYA	OBANDO	JAVIER HOLGUIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 13016324

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 25197 D.M 3 CABAL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES ABR AÑO 1968

PAÍS Colombia

DEPTO Nariño

CIUDAD Ipiales

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 57#65A-17

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3128311276

EMAIL drjavierbedoya@hotmail.com

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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUNIO AÑO 1986
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	2	2003	5239/2000
Universitaria	12	X		MEDICINA	10	1998	5239/2000

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS	GALENOSEDUSALUD	2019	20

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-ene-2021

DOMINIO DE IDIOMAS

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* dirhospitalarios@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS 4480030	*FECHA DE INGRESO* DIA 16 MES 12 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	*DEPENDENCIA* MEDICINA INTERNA		*DIRECCIÓN* 1 De Mayo #40B-54, Bogotá

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	3	1
Total	3	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-ene-2021

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 13016324 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 57#65A-17 **Teléfonos** 3128311276 3128311276

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JAVIER BEDOYA	1058933127	Hijo(a)
ALICIA OBANDO	2724563	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 248.658,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 248.658,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	570067215	BOGOTA-KENNEDY	$ 14.000.000,00
Banco Scotiabank Colpatria	Cuenta de ahorros	4682008912	BOGOTA	$ 3.600,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	MSM881 MARCA HYUNDAI-2013	$ 33.000.000,00
Apartamento	CR.57#65A-17 APTO 104	$ 300.000.000,00
Vehiculo	FNS696 KIA	$ 48.622.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCO COLPATRIA	CREDITO HIPOTECARIO	$ 171.594.000,00
BANCO DE OCCIDENTE	CREDITO DE VEHICULO	$ 27.462.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
MEDICO INTERNISTA	ACTIVIDAD MEDICA ASISTENCIAL

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-ene-2021
CIUDAD Y FECHA

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 20 de 01 de 2021

Cordialmente,

C.C. 13016324

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

PONER AL SERVICIO DE LA INSTITUCION MI INTEGRIDAD RESPONSABLE PROFESIONAL Y PERSONAL

Nombre: JAVIER HOLGUIN BENOYS O.

Documento: CC # 13016324

Cargo: MEDICO INTERNISTA

Fecha: 20/5/2021

Escaneado con CamScanner

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERIA JURIDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCION A QUE

Javier Holguin Bedoya Obando

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLIN REPUBLICA DE COLOMBIA, EL DIA 30 DEL MES DE OCTUBRE DE 1998.

JAIME RESTREPO CUARTAS
RECTOR

LUIS FERNANDO MEJIA VELEZ
SECRETARIO GENERAL

DECANO

06110

TITULAR
C.C. No. 13016324

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Acta Individual de Graduación No. 29227

DEPENDENCIA FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA MEDICINA

APROBACION DEL PROGRAMA Resolución 10469 de octubre de 1973 del Ministerio de Educación Nacional

FECHA Octubre 30 de 1998

LUGAR Decanato Facultad de Medicina

En la fecha y lugar señalados se reunieron los doctores Alberto Uribe Correa, Decano; Elsi Olaya Estefan, Vicedecana, Víctor Javier Muñoz, Jefe de Pregrado, con el propósito de conferir el título de MEDICO Y CIRUJANO a JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO identificado con cédula de ciudadanía No. 13.016.324 de Ipiales (Nariño)

El secretario leyó la providencia por la cual el señor Rector autorizó la ceremonia de graduación y el Presidente tomó al graduando, este juramento.

"JURAIS A DIOS Y PROMETEIS A LA PATRIA ACATAR Y CUMPLIR LA CONSTITUCION Y LAS LEYES DE LA REPUBLICA, SOSTENER SU INDEPENDENCIA Y LIBERTAD, PRACTICAR VUESTRA PROFESION DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE MORAL PROFESIONAL Y TRABAJAR POR EL PROGRESO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA? A lo cual contestó el graduando: SI JURO.

El Presidente agregó: SI ASI LO HICIEREIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIEN; SI NO, EL Y ELLA OS LO DEMANDEN."

Seguidamente el Señor Presidente entregó al graduando el Diploma por medio del cual la Universidad en nombre de la República, lo declara idóneo para el ejercicio de la profesión de MEDICO Y CIRUJANO

Finalmente se leyó la presente acta y se suscribió por:

ALBERTO URIBE CORREA
Presidente

ELSI OLAYA ESTEFAN
Secretario

Titular

Para luego ser refrendada por

JAIME RESTREPO CUARTAS
Rector de la Universidad

LUIS FERNANDO MEJIA VELEZ
Secretario General de la Universidad

Scanned by CamScanner

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Facultad de Medicina

ndado en 1653
31 de Diciembre de 1651
del 16 de septiembre de 1895

Occidente de Kennedy

Doctor **Javier Holguin Bedoya Obando** C.C. 13'016.324 de Tpiales

Cumplió con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, habiendo cursado y aprobado debidamente el

Programa de Especialización en Medicina Interna

le confiere el título de

Especialista en Medicina Interna

trado bajo el N° 10 32 folio 1 libro 14 y refrendado por el Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Santa Fe de Bog á, D. C., República de Colombia, a los diecinueve (19) días del mes de Febrero
del año dos mil tres (2003)

El Rector

El Secretario

El Secretario General

El Decano de la Facultad

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
Hace constar:
Que el programa de Medicina Interna
Dr. Javier Holguin Bedoya Obando en la Facultad de Medicina del
Colegio Mayor de Nuestro Señora del Rosario, fue aprobado por esta institución.
Revisado y cabo por el

Angela María Ruiz

El Jefe de Educación Médica

Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

República de Colombia - Bogotá, D. C.

El suscrito Jefe de la División de Educación Médica de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

HAGE CONSTAR

Que en el Libro de Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el día 19 de FEBRERO del año 2003, fue aprobado el Título de Especialista en MEDICINA INTERNA al Doctor JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO C.C. 13.016.324 expedida en IPIALES

Con las firmas del Rector, Doctor HANS PETER KNUDSEN QUEVEDO

El Decano, Doctor LEONARDO PALACIOS SANCHEZ

El Jefe de Educación Médica, Doctor ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D. C., el día NUEVE (9) del mes de JUNIO del año DOS MIL CINCO (2005).

ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG, M.D.
El Jefe de Educación Médica

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de Septiembre de 1895

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

_____LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA _____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ____JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO____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:

_____PREGRADO – MEDICO Y CIRUJANO_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____ _____

No. de documento: _____13016324_____

Tarjeta profesional No: _____13016324_____

Dirección de contacto: _____CR 57 - 65ª 17_____

Teléfono: _____3128311276_____

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

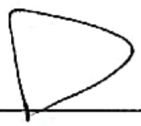
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JAMER BENDO ORJUELA 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:

MEDICO INTERNISTA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 13016324

Tarjeta profesional No: 13016324

Dirección de contacto: CRA 57 # 65A 17.

Teléfono: 3128311276

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) BEDOYA OBANDO JAVIER HOLGUIN; con documento de identidad No, 13016324 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2007	0321	MEDICO ESPECIALISTA (INTERNISTA)	02/01/2007	15/02/2007	$8.640.000	KENNEDY
2	2007	0684	MEDICO ESPECIALISTA (INTERNISTA)	01/03/2007	31/03/2007	$5.760.000	KENNEDY
3	2007	0852	MEDICO ESPECIALISTA (INTERNISTA)	01/04/2007	30/04/2007	$5.760.000	KENNEDY
4	2007	0852	MEDICO ESPECIALISTA (INTERNISTA)	01/04/2007	30/04/2007	$5.760.000	KENNEDY
5	2007	1305	MEDICO ESPECIALIZADO (INTERNISTA)	01/05/2007	31/05/2007	$5.760.000	KENNEDY
6	2007	1925	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/06/2007	30/06/2007	$5.760.000	KENNEDY
7	2007	2079	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/07/2007	31/07/2007	$5.760.000	KENNEDY
8	2007	2354	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/08/2007	30/09/2007	$5.760.000	KENNEDY
9	2007	2488	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/09/2007	30/09/2007	$5.760.000	KENNEDY
10	2007	2810	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/10/2007	31/10/2007	$5.760.000	KENNEDY
11	2007	3526	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/11/2007	30/11/2007	$5.760.000	KENNEDY
12	2007	3526	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/11/2007	30/11/2007	$5.760.000	KENNEDY
13	2007	3526	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/12/2007	31/12/2007	$5.760.000	KENNEDY
14	2008	318	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	02/01/2008	29/02/2008	$11.520.000	KENNEDY
15	2008	318	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/03/2008	30/04/2008	$11.520.000	KENNEDY

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
16	2008	1591	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/05/2008	30/06/2008	$11.520.000	KENNEDY
17	2008	2874	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/08/2008	31/08/2008	$7.560.000	KENNEDY
18	2008	3171	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/09/2008	30/09/2008	$7.560.000	KENNEDY
19	2008	3632	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/10/2008	31/10/2008	$7.560.000	KENNEDY
20	2008	4038	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	05/11/2008	30/11/2008	$7.560.000	KENNEDY
21	2009	317	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	02/01/2009	31/01/2009	$7.560.000	KENNEDY
22	2009	688	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	02/02/2009	28/02/2009	$7.560.000	KENNEDY
23	2009	1116	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	02/03/2009	31/03/2009	$7.560.000	KENNEDY
24	2009	1436	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/04/2009	30/04/2009	$7.560.000	KENNEDY
25	2009	1901	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/05/2009	31/05/2009	$7.560.000	KENNEDY
26	2009	2472	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/06/2009	30/06/2009	$7.560.000	KENNEDY
27	2009	3043	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/07/2009	31/07/2009	$7.560.000	KENNEDY
28	2009	3369	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/08/2009	31/08/2009	$7.560.000	KENNEDY
29	2009	4018	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/09/2009	30/09/2009	$7.560.000	KENNEDY
30	2009	4246	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	02/10/2009	31/10/2009	$7.560.000	KENNEDY
31	2009	4893	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/12/2009	31/12/2009	$7.560.000	KENNEDY
32	2010	452	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/01/2010	31/01/2010	$7.560.000	KENNEDY
33	2010	833	MEDICO ESPECIALIZADO INTERNISTA	01/02/2010	28/02/2010	$7.560.000	KENNEDY
34	2010	1333	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/03/2010	31/03/2010	$7.560.000	KENNEDY
35	2010	1714	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	31/03/2010	01/04/2010	$7.560.000	KENNEDY
36	2010	2314	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/05/2010	31/05/2010	$7.560.000	KENNEDY
37	2010	3274	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/07/2010	31/07/2010	$8.100.000	KENNEDY

Escaneado con CamScanner

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
38	2010	3274	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/08/2010	31/08/2010	$8.100.000	KENNEDY
39	2010	4143	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/09/2010	30/09/2010	$8.100.000	KENNEDY
40	2010	4430	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/10/2010	31/10/2010	$8.100.000	KENNEDY
41	2010	5011	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/11/2010	30/11/2010	$8.100.000	KENNEDY
42	2011	342	MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA	01/01/2011	31/01/2011	$8.100.000	KENNEDY
43	2011	1254	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/03/2011	31/03/2011	$8.100.000	KENNEDY
44	2011	1671	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/04/2011	30/04/2011	$8.100.000	KENNEDY
45	2011	2087	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/05/2011	31/05/2011	$8.100.000	KENNEDY
46	2011	2472	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/06/2011	30/06/2011	$8.100.000	KENNEDY
47	2011	3109	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/07/2011	31/07/2011	$8.100.000	KENNEDY
48	2011	3332	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	03/08/2011	31/08/2011	$7.560.000	KENNEDY
49	2011	3933	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	01/09/2011	01/09/2011	$8.100.000	KENNEDY
50	2017	SO-1543	M•DICO ESPECIALISTA-INTERNISTA	01/08/2017	31/01/2018	$15009600	SUBRED
51	2017	1-3830	INTERNISTA	01/04/2017	31/07/2017	$	SUBRED
52	2017	1-1287	INTERNISTA	16/01/2017	31/03/2017	$8190000	KENNEDY
53	2018	2298	APOYO COMO MEDICO ESPECIALISTA-INTERNISTA	01/02/2018	31/01/2019	$19897920	sin dato
54	2019	1678-2019	MEDICO ESPECIALISTA-INTERNISTA	1/2/2019	31/12/2019	$20530530	SUBRED
55	2020	1502-2020	MEDICO ESPECIALISTA-INTERNISTA	01/02/2020	30/09/2020	$21310830	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA

Escaneado con CamScanner

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los dieciséis(16) días del mes de Octubre de 2020, la cual no tiene fecha de expiración

MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION
OFICINA JURIDICA-CONTRATACION

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.016.324**

BEDOYA OBANDO

APELLIDOS

JAVIER HOLGUIN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1968**

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-AGO-1986 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00001961-M-0013016324-20080328 **0000**050718A 1 6210008019

Scanned by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14718610201

(415)7707212489984(8020) 000001471861020 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 0 1 6 3 2 4	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 3 0 1 6 3 2 4	1 9 8 6 0 8 2 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BEDOYA	OBANDO	JAVIER	HOLGUIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 57 65 A 17 AP 104

42. Correo electrónico: drjavierbedoya@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 3 0 3 3 3 1	3 1 2 8 3 1 1 2 7 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 4 0 9 1 4					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9	5	2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 10 - 23 / 03 : 21: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:12/11/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 13016324	JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 64 57A 23 Teléfonos: 3128311276

Dirección electrónica: drjavierbedoya@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 14/09/2004 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

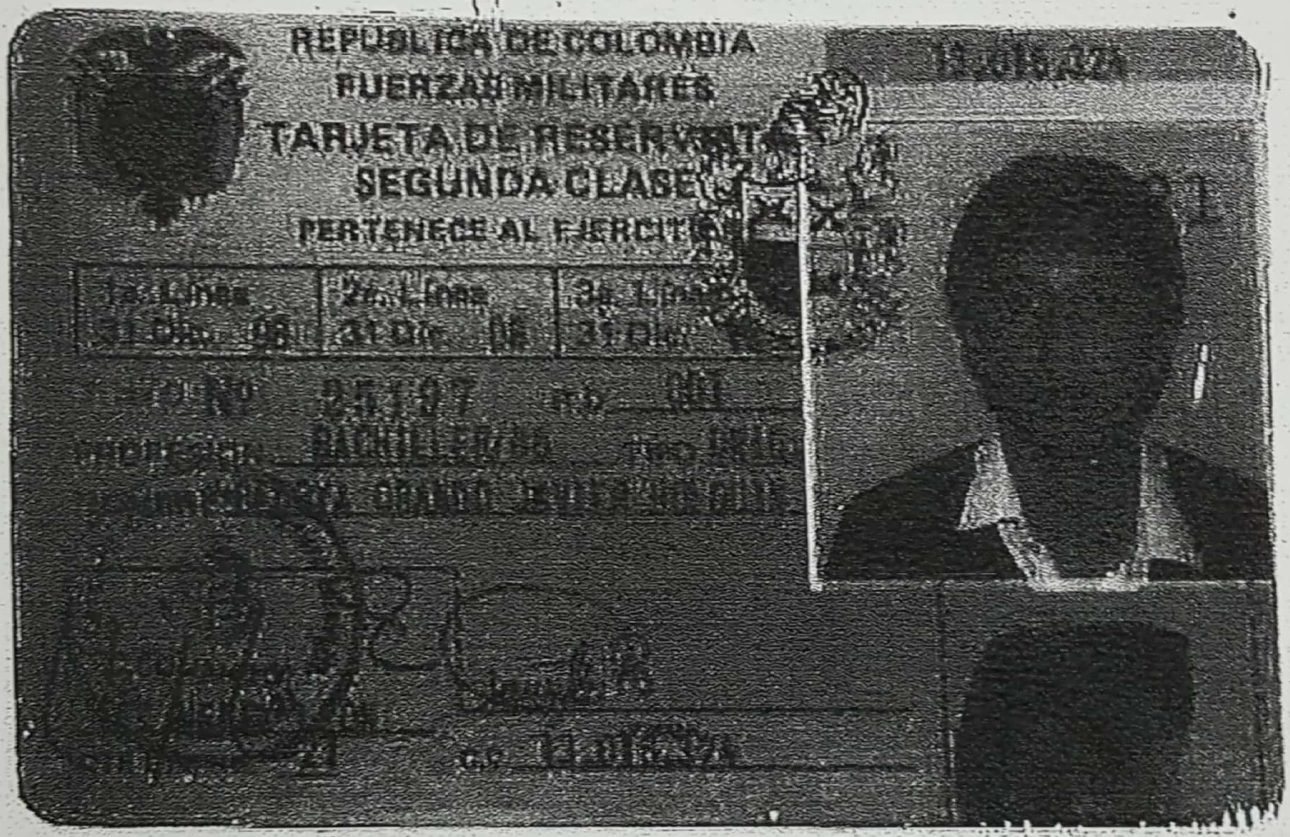
Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

SGS CO13.2123

Escaneado con CamScanner



Scanned by CamScanner



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CETIFICADO DE INSCRIPCION

No. EXP

02-03-2000

BEDOYA OBANDO

JAVIER HOLGUIN

Secretaria

CC 13016324 UD

ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTA D.C.

MEDICO

FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

IDENTIFICACION UNICA DEL

TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

52 39/2000

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

BEDOYA OBANDO JAVIER HOLGUIN

C.C. o C.E.

CC 13016324

De

IPIALES

Institución de Educación

U. DE ANTIOQUIA

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

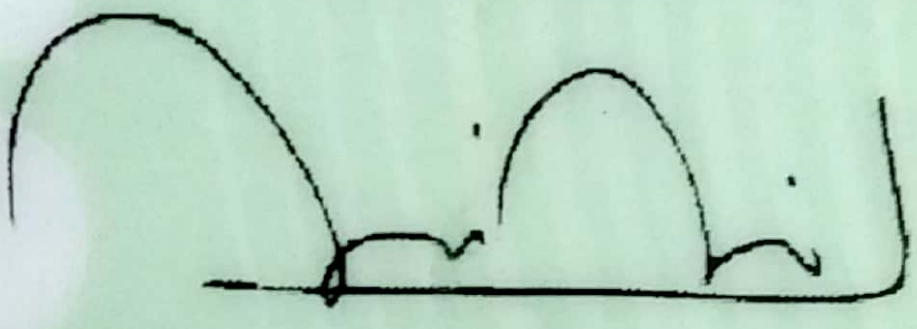
Código D28368/11

Fecha de Expedición 5/25/2000

Escaneado con CamScanner

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

RESOLUCIÓN No. 32- 039 -2000 .

2 FEB. 2000

Por el cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

En cumplimiento al Decreto Numero 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, segun facultad otorgada por el Decreto Numero 3134 de 1968, y demas normas que consideren)

C O N S I D E R A N D O :

Que JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO, identificado con cédula de ciudadania 13.016.324 expedida en Ipiales - Nariño, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO Y CIRUJANO, que le otorgo la Universidad de Antioquia, Medellin - Antioquia, segun Acta de Grado No.29227. Diploma No.s.n., el treinta (30) de Octubre de 1998.

Que dicho TITULO se encuentra anotado a Folio No.197-11538, del libro No.003 de la Universidad Nacional de Antioquia.

Que cumplio con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, en el Puesto de Salud de El Encano de la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud, Nariño, durante el A todo comprendido entre el 27 de Enero de 1999 al 21 de Enero del 2000.

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO, identificado con cédula de ciudadania 13.016.324 expedida en Ipiales - Nariño, para ejercer la profesion de MEDICO Y CIRUJANO, en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto a los 2 FEB. 2000

ALVARO CHAVEZ CABRERA
Director

FERNANDA [illegible] BRAVO
Jefe Division Gestión Recursos Humanos

Folio 5

Escaneado con CamScanner

CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO

C.C o C.E 13016324

Profesión u Ocupación
MEDICO Y CIRUJANO

Especialidad
MEDICINA INTERNA

Institución de Educación
U. DE ANTIOQUIA

Ciudad **MEDELLIN**

Fecha de expedición diploma **30/10/1998**

Fecha de inscripción RETHUS **21/12/2016**



CMC2016-17480

Escaneado con CamScanner

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

www.idesa.com

Escaneado con CamScanner

Resultado General -2020-11-23→7:21:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	13016324	JAVIER	HOLGUIN	BEDOYA	OBANDO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO identificado(a) con CC 13016324 registra La siguiente información:

2020-11-23→7:21:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	2003-02-19	16658	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2000-02-02	520392000	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	Medicina	0001-01-01	39	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|NARINO|PASTO	1999-01-22	2000-01-21	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Escaneado con CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2021-03-05→6:11:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	13016324	JAVIER	HOLGUIN	BEDOYA	OBANDO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO identificado(a) con CC 13016324 registra La siguiente información:

2021-03-05→6:11:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	2003-02-19	16658	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2000-02-02	520392000	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	Medicina	0001-01-01	39	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|NARIÑO|PASTO	1999-01-22	2000-01-21	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C1301632400019095

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO**, identificado(a) con C.C. No. 13016324 y T.P. o R.M. No. 13016324 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 quese encuentren vigentes en dicho momento.

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 20 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Escaneado con CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO.

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Javier			
Apellidos:	Badaya . Obando .			
Documento de identidad:	C.C. X T.I.	Pasaporte	No. 13016324 .	
Fecha de Nacimiento:	Día. 11	Mes. 04	Año. 1968	

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	14 NOV 2014	143903
	2ª Dosis	21 ENE 2015	143401
	3ª Dosis	20 ENE 2015	143401
	Refuerzo	19 NOV 2015	OF 13001 0400 X 10003

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacarido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICION	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

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

145145

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE JAVIER BEDOYA OBANDO

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO ____

TELÉFONO CC 13016329

Sv004

HEALTH & LIFE
Centro de Salud Ocupacional

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud:

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: Bogotá 23 noviembre de 2020.
Paciente: Javier Bedoya Obando
Género: Masculino. Edad: 51 años.
Estado Civil: Casado
Empresa: Hospital de Kennedy

Tipo de Examen: Ingreso.
Identificación: 13 016 324.
Teléfono 312 831 12 76.
Estudios: felow en unidad de cuidados intensivos.
Cargo: médico especialista.
EPS: Coomeva.
ARL: positiva.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

Examen médico con énfasis osteomuscular – Tamizaje visual.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Examen médico desde el punto de vista OSTEOMUSCULAR Y VISUAL satisfactorio con recomendaciones. Recomendaciones en el trabajo: usar adecuadamente los elementos de protección personal, seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa, reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo, reportar condiciones del trabajo que puedan generar en el trabajo, Debe utilizar los elementos de protección personal y cumplir el protocolo para covid-19.

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

Usar gafas para protección visual.

Ingresar al sistema de vigilancia epidemiológica o programa de prevención y promoción

Visual.

Información de Remisiones

Optometría control anual por su eps

En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales; actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que sí he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que pueden generarse y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a HEALTH & LIFE Centro de Salud Ocupacional, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a HEALTH & LIFE Centro de Salud Ocupacional, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinente.

HENRY DE JESÚS LOBO SILVA — 251430-2017
Médico Especialista en Salud Ocupacional

JAVIER BEDOYA OBANDO
Nombre paciente — CC 13016324
Firma y cédula del paciente

Escaneado con CamScanner

DECRETO 4904 de Diciembre 15 de 2009
Ministerio de Educación Nacional
Reg. Merc. 03128966 Btá D.C.
NIT 19422912-2

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO

C.C. Nº 13.016.324 de Ipiales

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de 20 horas

Bogotá D.C. **Septiembre 21 de 2020**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: verificaciondecertificaciones@galenosedusalud.com Tel.3158975011 - 300 6215985

Escaneado con CamScanner

DECRETO 4904 de Diciembre 16 de 2009
Ministerio de Educación Nacional
Reg. Merc. 03128966 Btá D.C.
NIT 19422912-2

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

el@f

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO

C.C. Nº 13.016.324 de Ipiales

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

SOPORTE VITAL AVANZADO – ACLS

AHA 2020

Con una intensidad de 60 horas

Bogotá D.C. **Septiembre 30 de 2020**

GALENOSEDUSALUD DIRECTOR

JESUS GALVAN DORIA
Director General

GALENOSEDUSALUD COORDINACION

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION verificaciondecertificaciones@galenosedusalud.com Tel.3158975011 - 300 6215985

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BEDOYA	OBANDO	JAVIER	HOLGUIN

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	13,016,324	IPIALES		29/08/1986
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
11/04/1968	IPIALES	NARIÑO	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)						PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		2	1	3128311276

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:		CONTRATISTA
UNIVERSITARIO X	POSTGRADO X	MAGISTER	OTRO			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CR 57 65 A 17 APT 104	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
drjavierbedoya@hotmail.com		PROPIA x	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(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP				
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO		CONTRATISTA	x	PENSIONADO		ESTUDIANTE		SOCIO		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
HOGAR		COMERCIANTE		EMPLEADO SOCIO		EMPLEADO PUBLICO		OTRA:		CUAL:	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA			IVA			CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI	x		SI	NO		
		NO		ICA	SI	NO	PRINCIPAL: 8621	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	AGENTE RETENEDOR	SI	NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	NO

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI	NO	SI	NO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	ENERGIA	ALIMENTOS

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL	MEDICO INTERNISTA DE CUIDADO INTENSIVO	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1,800,000	AHORROS	14,000,000	SALDO HIPOTECA	104,000,000
HONORARIOS	14,000,000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2,000,000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	1,050,000	VEHICULOS	80,000,000	DEUDA VEHICULOS	8,000,000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	2,400,000	PROPIEDADES	300,000,000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	500,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**14,000,000**	**TOTAL EGRESOS**	**5,750,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**394,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**114,000,000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION 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
HOYOS	**GUERRERO**	**JULIAN**	**REINALDO**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 43 NORTE 8 A 45	**POPAYAN/CAUCA/COLOMBIA**	**AMIGO**	**3159254414**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO COLPATRIA	CREDITO HIPOTECARIO	2.04E+11	LAS FERIAS	7561616

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré 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 la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
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, modifiquen las declaraciones por mi 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.
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.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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 Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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

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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, 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 Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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 los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase 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 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
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:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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) Envió 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.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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 medica, 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 adelantes gestiones de 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 capitulo 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.

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 mi.

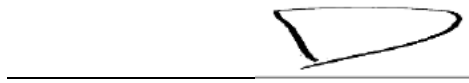
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, 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 ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

drjavierbedoya@hotmail.com

Documento de Identidad *

13016324

Nombres y apellidos *

javier holguin bedoya obando

Número de contacto *

3128311276

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO identificado con CC-13016324 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Marzo 05 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

13016324

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13016324,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de marzo de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

13,016,324	POSITIIVA
Numero de Documento	ARL

JAVIER	HOLGUIN	BEDOYA	OBANDO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

4/11/1968	IPIALES/NARIÑO	CRA 57 65A 17	3128311276
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COOMEVA	COLPENSIONES	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

drjavierbedoya@hotmail.com	3128311276
Correo Electrónico	Celular

JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162421493

WEB
18:33:24

Bogotá DC, 05 de marzo del 2021

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) JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 13016324:

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 GONZALEZ
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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 05 de marzo de 2021, a las 18:34:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	13016324
Código de Verificación	13016324210305183425

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.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4312077

Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2021 - 18:35 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) **JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TRECE MILLONES DIECISEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO** de IPIALES

13016324

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 figueren 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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_GDX1Y_3518
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 06:36:03 PM horas del 05/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **13016324**
Apellidos y Nombres: **BEDOYA OBANDO JAVIER HOLGUIN**

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.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

19/11/2020

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **13016324**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570000570067215**
Fecha de apertura	**21/06/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Escaneado con CamScanner