
2019/11/10 04:00

Sugerencias SECOP

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios parar atender la emergencia del COVID-19.
Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las entidades estatales.
Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de factura electrónica a partir de Diciembre 2020, si usted proveedor persona natural o jurídica está obligado a facturar electrónicamente, por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT/Cédula) registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.
Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el digito de verificación.
Para esto ingrese a la opción configuración Entidad Estatal/Proveedor y actualice la información.

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: 04-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SUAREZ	VELASCO	ANUNDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030586887

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1030586887 D.M diren 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES FEB AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Chitaraque

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 88 No 68b 26 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9269116

EMAIL anun12012@gmail.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 técnico industrial
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES FEBRERO AÑO 2009
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
diplomado en cuidado intensivo adultos	funca	2014	160
Tecnico laboral Auxiliar de enfermeria	funca	2013	1800

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: 04-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 hospital militar central		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* hospitalmilitar.gov.co	
TELÉFONOS 3486868	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 1 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* enfermeria		*DIRECCIÓN* transversal 3 #49-00	

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	6	0
Total	6	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

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: 04-ene-2021

Bogotá 5-enero-21

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

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

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: 04-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANUNDO SUAREZ VELASCO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030586887 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Carrera 88 No 68b 26 sur **Teléfonos** 3209473074 9269116

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Clara Ines Velasco Saenz	23532592	Madre
Gabriel Matias Suarez Medina	1023973230	Hijo(a)
ISIDRO Antonio Suarez Urrea	4106445	Padre
Hanna Mahia Suarez Vargas	1141355707	Hijo(a)

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	$ 18.158.500,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.158.500,00

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
Bancolombia	Cuenta de ahorros	68811318683	contador	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	OGL71D	$ 3.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

		$ 0,00

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

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 04-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 05 de Enero de 2021

Cordialmente,

C.C. 1030586887 Bta

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:

_____

_____

_____

Nombre: Anundo Suarez Velasco

Documento: 1030586887.

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Fecha: 5 - Enero - 21

La República de Colombia
y en su nombre la

Escuela Industrial de Oiba

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental de Santander según Resolución No. 1281 del 10 de noviembre de 1999,

Confiere a

Arnulfo Suárez Velasco

Identificado(a) con T.I. No. 91020603947 Expedida en Moniquirá

El Título de

Bachiller Técnica Industrial

Especialidad Mecánica Industrial

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Establecimiento.

Rectora,

Esperanza Mejía de Gómez
C.C. 28.423.782 de Socorro

Secretaria,

Martha Cecilia Plata Mejía
C.C. 28.206.005 de Oiba

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 02 Folio No. 26 Diploma No. 18

Dado en Oiba, a 19 de Febrero del año 2009

FUNCA

Educación Para El Trabajo y El Desarrollo Humano
Decreto 3964 De 06 De Diciembre De 2006

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA

Con personería Jurídica No. 564 del 19 de Septiembre de 1.994 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Aprobación oficial según resolución No. 4676 del 27 de Octubre de 2.006 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., Registro de programa resolución 030007 del 19 de Mayo de 2.010 Secretaría de Educación de Bogotá, Concepto favorable del Ministerio de la protección social según acuerdo No. 119 del 23 de Diciembre de 2.008 y Reconocimiento SENA resolución 3757 del 18 de Diciembre de 2.006

Confiere el

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería

A

Anundo Suarez Velasco

C.C. No. 1.030.586.887 Bogotá

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos y prácticos con una intensidad total de 1800 horas

Dado en Bogota D.C., a los 15 días del mes de Junio de 2013

FUNCA ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA
Directora

FUNCA ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA
Secretaria

SENA Resolución 3757

REGISTRADO AL FOLIO 84 DEL LIBRO 2 DE CERTIFICACIONES

ESCUELA INDUSTRIAL
OIBA - SANTANDER

DANE
268500000255

INSCRIPCIÓN:
001

NIT
890208224 -7

JORNADA:
MAÑANA

ACTA DE GRADO

En la ciudad de OIBA a los 19 del mes de **Febrero** de 2009 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, del Nivel de Educación Media Técnica el Rector y Secretaría de la **ESCUELA INDUSTRIAL DE OIBA,** Institución aprobada por resolución de integración No 12516 del 28 de octubre de 2002 de la Gobernación de Santander, en los niveles de Educación Preescolar, Básica y Media Técnica y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Del Departamento de Santander, para otorgar el título de **BACHILLER EN LA MODALIDAD INDUSTRIAL,** según resolución No. 1281 del 10 de noviembre de 1999.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación **MEDIA TÉCNICA,** llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER TÉCNICO INDUSTRIAL
ESPECIALIDAD DE MECÁNICA INDUSTRIAL

Al graduando cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se Relacionan a Continuación:

ANUNDO SUÁREZ VELASCO

T.I 91020603947 DE MONIQUIRÁ

Es fiel copia tomada del Acta original general No 43 del fecha 19 de Febrero de 2009 que consta de 20 estudiantes y que comienza con el nombre de *JENNY PAOLA AMAYA DUARTE y cierra con el nombre de CESAR CAMILO VELASCO PIÑA*

Firmada y sellada por *ESPERANZA MEJÍA DE GÓMEZ (Rectora) y MARTHA CECILIA PLATA MEJÍA (Secretaria)*

Dada en Oiba, el 19 de Febrero de año 2009

Firmada y sellada

ESPERANZA MEJÍA DE GÓMEZ
C.C 28.423.762 DE SOCORRO
Rectora

MARTHA CECILIA PLATA MEJÍA
C.C 28.268.005 DE OIBA
Secretaria

Diploma No
18

FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA FUNCA
Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano Decreto 2888 de Agosto de 2007

Aprobación oficial según Resolución No. 030007 del 19 de Mayo de 2010, de la Secretaria de Educación del D.C. de Bogotá, Concepto Favorable según acuerdo No. 119 del 23 de Diciembre de 2008 emanado del Ministerio de la Protección Social Reconocimiento SENA Resolución 3757 del 2006

ACTA DE CAPACITACIÓN

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de Junio del año 2013, se formalizó la entrega de Certificados de Aptitud Ocupacional en Auxiliar en Enfermería de la Fundación Escuela de Capacitación Colombia FUNCA, Institución con autorización oficial No. 4676 del 27 de Octubre de 2006 y Resolución – 030007- del 19 de Mayo de 2010 concedida por la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Comprobada la situación académica y de práctica se procede a expedir el:

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA
A:

ANUNDO SUÁREZ VELASCO
C.C Nº 1.030.586.887 Bogotá

Dada en Bogotá D.C a los quince (15) días del mes de Junio del año 2013.

Hernesto Mesa D.
DIRECTOR DEL INSTITUTO

Erika Carolina Mesa
SECRETARIO DEL INSTITUTO

FUNCA

Educación Para El Trabajo y El Desarrollo Humano
Decreto 4904 De 16 De Diciembre De 2009

LA FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA

Con personería Jurídica No. 564 del 19 de Septiembre de 1.994 de la Alcaldía Mayor de Bogotá,
Aprobación oficial según resolución No. 4676 del 27 de Octubre de 2.006 de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

LOS MEJORES DE EDUCACIÓN 2013

Certifica que:

Anundo Suarez Velasco

C.C. Nro. 1.030.586.887 de Bogotá D.C.

Participo en el curso de:

Unidad de Cuidados Intensivos UCI

Con una intensidad de 160 horas

Dado en Bogotá, D.C., a los 14 días del mes de Junio de 2014

ESCUELA DE CAPACITACIÓN FUNCA

Teresa Lesa D.
Director General

SENA IQNet

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Escuela de Capacitación Colombia
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Anundo Suarez Velasco 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:

Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Anundo Suarez Velasco

No. de documento: 1030586887

Tarjeta profesional No: 1030586887

Dirección de contacto: Cra 88 # 68 B-26 sur.

Teléfono: 3209473074

MINDEFENSA

LA SUSCRITA PROFESIONAL DE DEFENSA DE LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

HACE CONSTAR:

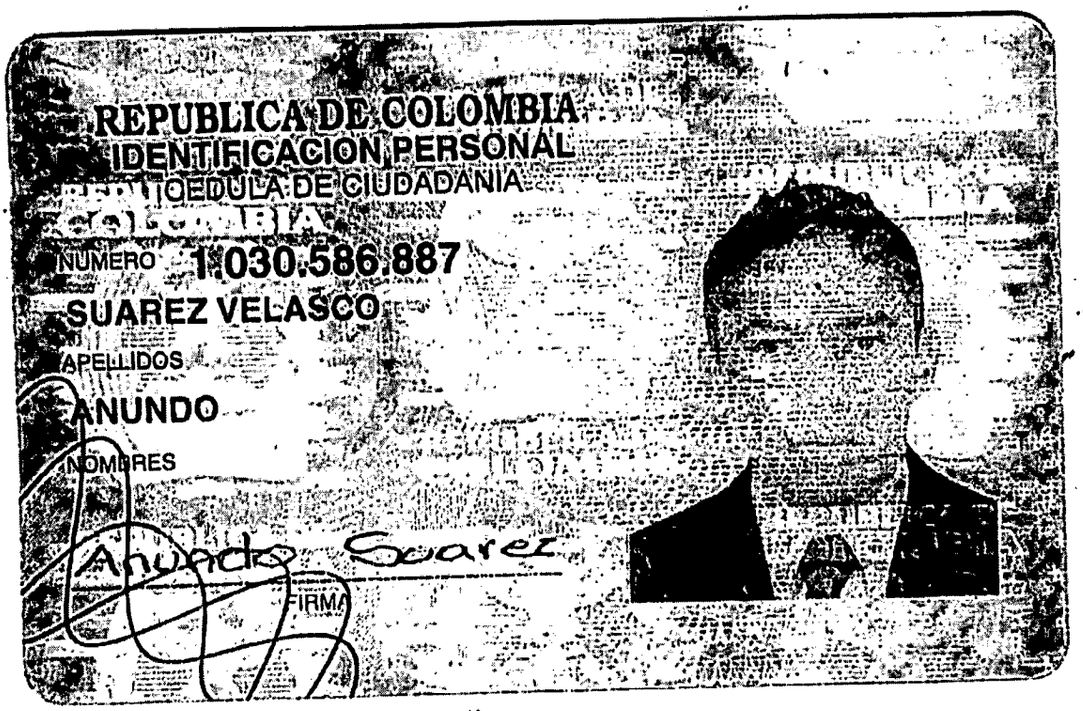
Que el señor **SUAREZ VELASCO ANUNDO,** identificado con cédula de ciudadanía N°1.030.586.887 de Bogotá, presta sus servicios como Auxiliar de Enfermería en este Hospital, bajo la modalidad de **Contrato de Prestación de Servicios**, en las fechas que a continuación relaciono:

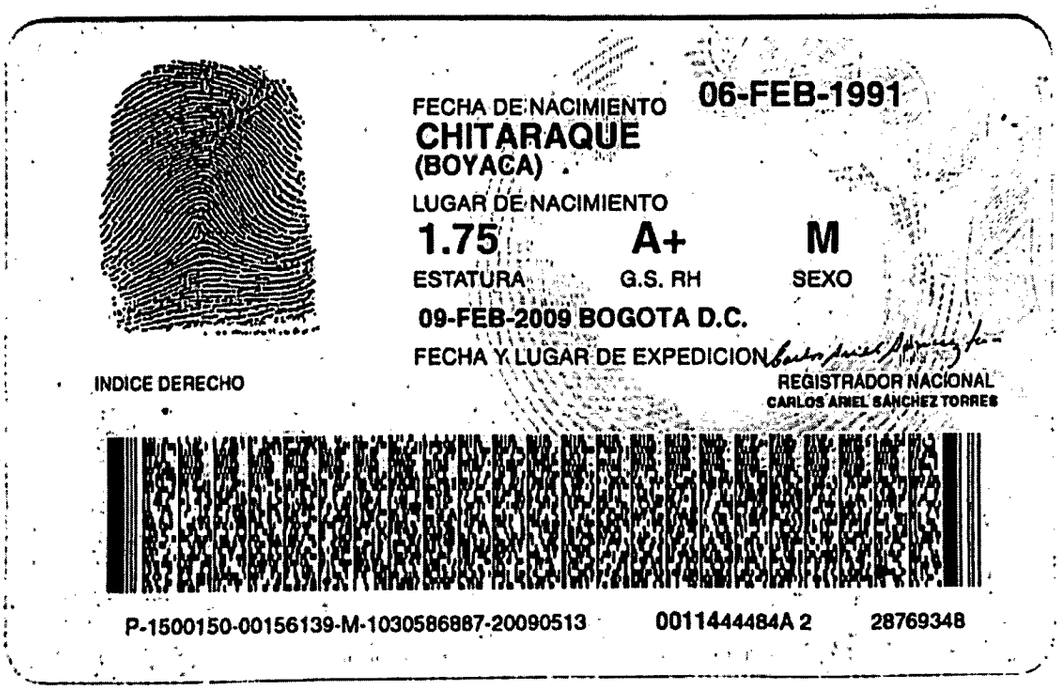
Del 09 de febrero al 31 de octubre de 2015
Del 01 de noviembre de 2015 al 31 de octubre de 2016
Del 01 de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017
Del 01 de noviembre de 2017 al 30 de noviembre de 2018.

Que el señor **SUAREZ VELASCO,** recibe por este concepto, la suma mensual de **UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($1.340.000) M/Cte.**

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, a los diecisiete (17) días del mes de octubre de dos mil dieciocho (2018).

Doctora **SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO**
Profesional de Defensa
Área Selección y Contratación


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.030.586.887
SUAREZ VELASCO
APELLIDOS
ANUNDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1991
CHITARAQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
09-FEB-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00156139-M-1030586887-20090513
0011444484A 2
28769348

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14469603976

(415)7707212489984(8020) 000001446960397 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 8 6 8 8 7	0	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 0 3 0 5 8 6 8 8 7	2 0 0 9 0 2 0 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	VELASCO	ANUNDO	

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 88 N 68 B 26 SUR

42. Correo electrónico: anun12012@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	9 2 6 9 1 1 6	3 2 0 9 4 7 3 0 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 1 0 6 1 5						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0
20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

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 2021 - 01 - 04 / 20 : 04: 48

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 SUAREZ VELASCO ANUNDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-01-2021 08:10:26PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Señores

Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente

Bogotá

Asunto: **COMPROMISO DE ENTREGA RIT**

Por medio de la presente me comprometo a realizar la entrega del documento en mención debido a que en este momento no ha sido posible realizar el trámite.

Cordialmente

ANUNDO SUAREZ VELASCO
C.C 1030586887



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL

CARNET 1030588887 RH A+

EL DIRECTOR SUAREZ VELASCO CONTROL
RESERVA NAVAL HACE CONSTAR QUE
APELLIDOS ANUNDO
NOMBRES

PRESTO SUS SERVICIOS EN LA INSTITUCION

CONDUCTA	SERVICIO PRESTADO EN	
EXCELENTE	BASEGIM	
DESDE	HASTA	CONTINGENTE
09/02/09	09/02/11	1/09

3681

SUARE
ANUND



FIRMA DE EXP

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **8965** *de* **12/08/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SUAREZ VELASCO ANUNDO Identificado(a) con CC número 1030586887 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA el día 15/06/2013.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SUAREZ VELASCO ANUNDO identificado(a) con CC número 1030586887 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **12/08/2013**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Reviso : Andrea Casas Vargas.
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 20/08/2013.
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Anundo Suarez V.
CC. # 1030586887
Firma Anundo Suarez V.

Resultado General -2021-01-04--8:20:27 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1030566887	ANUNDO		SUAREZ	VELASCO	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) ANUNDO SUAREZ VELASCO identificado(a) con CC 1030566887 registra La siguiente información:

2021-01-04--8:20:27 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	**Local**	**Auxiliar de enfermeria**	**2013-08-12**	**8965**	**DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**

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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Brando

Apellidos: Suarez Velosco

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No 1030586887

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 02 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	02.09.2013	Difteria Toxoide 42668	
	3	30 SEP 2014		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	02-09-2013	Hepatitis B Recombinante	
	2	10 JUL 2014		
	3	31-01-2015		
	R	27 JUL 2015		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	16/12/14	K5050	
Contra Influenza		09-05-2014		
Virus de Papiloma Humano				
Hep A	1	27 JUL 2015		
	2			

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número	100051
Fecha de la orden	18/10/2018
Identificación	Cédula de ciudadanía 1030586887
Nombre	**SUAREZ VELASCO ANUNDO**
Edad	27 Años
Empresa	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Cargo	ENFERMERO
Tipo de evento	Ingreso

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Medico: OCHOA ESTEPA ANGELA MARIA Consultorio: CONSULTORIO 13

Ingreso:18/10/2018 12:20 p. m. Egreso:18/10/2018 01:46 p. m.

Marcó En proceso
18/10/2018 12:30 p. m.
pend opto

Desmarcó En proceso
18/10/2018 01:46 p. m.

Motivo de consulta y enfermedad actual: Exámen médico ocupacional de ingreso

Información ocupacional

Descripción del cargo / Tareas	ENFERMERO		
Turno	Fijo		
Jornada de trabajo	Diurno	Numero horas	Desconoce
Tiempo en el cargo	0	Seccion	Desconoce
Materia prima	Desconoce	Maquinaria / Equipo /Herramienta	Desconoce

Factores de riesgo físico

Ruido	No	Iluminación inadecuada	No	Vibraciones	No	Radiaciones Ionizantes	No	Radiaciones No Ionizantes	No	Presiones anormales	No
Condiciones Termohigrométricas	No	Temperaturas extremas (calor)	No	Temperaturas extrema (Frio)	No	Cambios bruscos de temperatura	No				

Factores de riesgo químico

Solidos	No	Liquidos	No	Humos	No	Gases y vapores	No	Material particulado	No

Factores de riesgo biologico

Virus	Si	Hongos	Si	Bacterias	Si	Parasitos	Si	Picaduras	No	Mordeduras	No
Fluidos o excrementos	Si										

Factores de riesgo Biomecánicos

Esfuerzo	No	Manipulación de cargas	No	Movimientos repetitivos	No	Posturas inadecuadas	Si	Sedestación	No	Bipedestación prolongada	Si

Factores de riesgo psicosocial

Clima laboral	No	Condiciones de la tarea	Si	Organización del trabajo	No	Organización horaria	No	Características del grupo social de trabajo	No	Interfase persona-tarea	Si

Condiciones de seguridad

Mecánico	No	Eléctrico	No	Locativo	Si	Tecnológico	No	Accidentes de transito	No	Públicos	No
Trabajos en alturas	No	Espacios confinados	No								

Información ocupacional egreso

Fecha de retiro
Motivo de retiro

Elementos de protección personal actual

Casco	No	Respirador	No	Overol	No
Protectores auditivos	No	Monogafas	No	Guantes	Si
Tapabocas	Si	Botas de seguridad	No	Desconoce	No
Otros	uniforme				
Los considera adecuados?	Si				
Cuales deberia recibir?	los mismos				

Antecedentes laborales

Antecedentes	#	Empresa	Actividad economica	Cargo	Tiempo	Riesgos	Controles
	1	hospital militar		ENFERMERO	3 años y medio	BIOMECANICO, BIOLOGICO, PSICOLABORAL	EPP

Accidentes de trabajo en otras empresas

Presentó accidentes de trabajo No

Accidentes	#	Fecha	Causa	Tipo de lesion	Parte afectada	Dias incap	Secuelas	Empresa

Accidentes de trabajo en la empresa actual (Aplica para Exámen Periódico o Egreso)

Ha sufrido accidentes de trabajo? Opción 1
En el último año?

Accidentes	#	Fecha	Causa	Tipo de lesión	Parte afectada	Dias Incap.	Secuelas

Enfermedad profesional

Ha sufrido enfermedad profesional? No

Enfermedades	#	Fecha calificación	Empresa	Diagnostico	Indemnizacion	Reubicación	Entidad

Antecedentes familiares

Asma Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Cardiopatias Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Diabetes Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	Si
Enf pulmonar Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Enf mentales Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Dislipidemias Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Varices Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Sordera congenita Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
TBC Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Tiroides Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Osteomusculares Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
ECV Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Cancer Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
S. convulsivo Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Ceguera congenita Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Hipertension Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	Si
Otros	NO OTROS						

Antecedentes personales

Patologicos	NIEGA ANTECEDENTES		
Hospitalizaciones	No		
Quirurgicos	VASECTOMIA 3 DE OCTUBRE DE 2018		
Traumaticos	No		
Psiquiatricos	No		
Farmacologicos	No		
Toxico-alergicos	No		
Inmunizaciones	No		
Hepatitis B		Dosis	0
Tetanos		Dosis	0
Fiebre amarilla		Dosis	0
Influenza			
Otras vacunas	NO TRAE CARNET		

Ginecoobstetricos

No Aplica	Si						
Menarquia		Ciclos	-	FUM		Citologia	
Paridad G	0		P 0		A 0		
C	0		E 0		V 0		

G	0	M	0	FUP	
Planifica	No	Metodo			

Habitos

Fuma	No	Fumó	No	Cigarrillos al dia		Total de años	
Alcohol	Si	Frecuencia	O Ocasional				
Deporte	No	Frecuencia					
Desde hace cuanto?		Duración actividad		Cual?			
Sustancias psicoactivas	No						
Actividad extralaboral	BALONCESTO						

Revision por sistemas

Organos de los sentidos	Niega
Respiratorio	Niega
Digestivo	Niega
Musculo esqueletico	Niega
Neurologico	Niega
Cardiovascular	Niega
Genitourinario	Niega
Piel y faneras	Niega
Linfatico	Niega
Psiquiatrico	Niega
Endocrino	Niega
Hematopoyetico	Niega
Colageno	Niega
Observaciones	NIEGA

Examen fisico

Ta	120/80	Fc	72	Fr	18		
Peso	74	Estatura	1.79	IMC	23.095409007209515	Perímetro Abdominal (cm)	88
Diestro	Si	Zurdo	No	Ambidiestro	No		
Condiciones generales	Buenas						

Hallazgos organos

Cabeza	Normal						
Oidos	Normal						
Ojos	Normal						
Nariz	Normal						
Boca	Normal						
Dentadura	Normal						
Faringe	Normal						
Cuello	Normal						
Torax	Normal						
Senos	No examinado						
Cardiopulmonar	Normal						
Abdomen	Normal						
Genital Ext	No examinado						
Piel y faneras	Normal						
Columna	Normal						
Alineada	Si	Cifosis	No	Escoliosis	No	Hiperlordosis	No
Wells IV	No	Wells III	Si	Wells II	No	Wells I	No
Lasegue Derecho	Negativo			Lasegue Izquierdo	Negativo		
Miembros superiores	Normal						
Tinel Derecho	Negativo			Tinel Izquierdo	Negativo		
Phalen Derecho	Negativo			Phalen Izquierdo	Negativo		
Finkelstein Derecho	Negativo			Finkelstein Izquierdo	Negativo		
Durkan Derecho	Negativo			Durkan Izquierdo	Negativo		
Flexoextensión contraresistencia muñeca Derecho	Negativo			Flexoextensión contraresistencia muñeca Izquierda	Negativo		
Speed Derecho	Negativo			Speed Izquierdo	Negativo		

Neer Derecho	Negativo	Neer Izquierdo	Negativo
Yergason Derecho	Negativo	Yergason Izquierdo	Negativo
Miembros inferiores	VARICES GRADO I -II MID		
Neurologico	Normal		
Fuerzas musculares Kendall	5/5		
ROT	++/++++	ROT	Simétricos
Sensibilidad	No realizado		
Otros	Normal		
Observaciones	NO		
Resultado Énfasis Osteomuscular	SIN ALTERACIONES OSTEOMUCULARES		

Paraclinicos

Audiometría	No realizada
Visiometría	No realizada
Optometría	Normal
Espirometría	No realizada
E.K.G.	No realizada
Laboratorio Clínico	No realizada
Pruebas Psicológicas	No realizada
Prueba vestibular	No realizada
Anexo Osteomuscular	No realizada
Anexo Cardiovascular	No realizada
Anexo Dermatológico	No realizada
Anexo Respiratorio	No realizada
Test de olores	No realizada
Otros y resultados	NO REALIZADOS
Observaciones generales	Ninguna observación

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnostico

#	Descripción del diagnostico
1	*Z100* EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	*I839* VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION

Clasificacion de aptitud

Concepto	Con Alteraciones de salud que No interfieren en el cargo
Restricción y/o causa de aplazamiento	NO
Recomendaciones	Recomendaciones personales: Ejercicio cardiovascular periódico. Hábitos alimentarios con dieta sana y balanceada. Control médico preventivo Uso de medias compresivas en miembros inferiores Recomendaciones laborales: Examen ocupacional periódico según SST de la empresa. Uso de elementos de protección personal según factor de riesgo ocupacional. Realizar pausas activas durante la jornada laboral. Higiene postural. Capacitarse en prevención y manejo de riesgo biológico. Revisar y actualizar periódicamente esquema de vacunación. Intercalar posturas durante la jornada laboral
Observaciones	NO

Incluir al SVE Otros	No	Auditivo	No	Respiratorio	No	Osteomuscular	No	Dermatológico	No	Psicosocial	No
Programa de Promoción y Prevención	No	Visual	No	Cardiovascular	No	Nutricional	No	Materno	No		

OCHOA ESTEPA ANGELA MARIA
Registro médico: 25882 Lic. So 14361

SUAREZ VELASCO ANUNDO
Cédula de ciudadanía: 1030586887

OPTOMETRÍA

Medico: SERRANO CASTRO MAYRA Consultorio: Optometría

Ingreso:18/10/2018 01:36 p. m. Egreso:18/10/2018 01:39 p. m.

Antecedentes

Personales	NINGUNO				
Oculares	NINGUNO				
Familiares	DIABETES HIPERTENSION ARTERIAL				
Condiciones de riesgo visual	ILUMINACIÓN, USO PC			Ultimo control visual	1 AÑO
Utiliza EPP visual	No				
Accidente de trabajo ocular	No				
Ardor	No	Secreción	No	Cefalea	No
Dolor	No	Enrojecimiento	No	Mala visión lejos	No
Resequedad	No	Cansancio	No	Mala visión cerca	No
Prurito	No	Fotofobia	No	Lagrimeo	No
Otros	ASINTOMATICO				

Agudeza visual lejana

Sin corrección OD	20/20	Sin corrección OI	20/20	Sin corrección AO	20/20
Con corrección OD	20/20	Con corrección OI	20/20	Con corrección AO	20/20
Observaciones	NINGUNA				

Agudeza visual cercana

Sin corrección OD	0.5 M	Sin corrección OI	0.5 M	Sin corrección AO	0.5 M
Con corrección OD	NO APLICA	Con corrección OI	NO APLICA	Con corrección AO	NO APLICA
Observaciones	NINGUNA				

Percepcion

CROMATICA	Normal		
ESTEREOPSIS	Normal	Grado de Estereopsis	32 SEG ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD	Normal	Segmento anterior OI	PINGUECULA
Motilidad ocular OD	Normal	Motilidad ocular OI	Normal
Oftalmoscopica OD	Normal	Oftalmoscopica OI	Normal
Queratometría OD	NO SE REALIZA	Queratometría OI	NO SE REALIZA
Refracción OD	NEUTRO	Refracción OI	NEUTRO
Subjetivo OD	NEUTRO	Subjetivo OI	NEUTRO

Diagnostico

Miopia	No
Hipermetropia	No
Astigmatismo	No
Presbicia	No
Estrabismo	No
Ambliopia	No
Emetropia	Ambos
Ametropia corregida	No
Ametropia no corregida	No
Ametropia parcialmente corregida	No
Ametropia inadecuadamente corregida	No

Diagnosticos

Diagnosticos	#	Diagnostico
	1	*OP20* EMETROPE

Recomendaciones

Control anual	SI	Control en 6 meses	No	Actualizar formula	No
Uso de correccion permanente	No	Remision ortoptica	No	Remision oftalmologia	No
Hallazgos	EMETROPIA, ESTERIOPSIS, PERCEPCION CROMATICA, ESTADO MOTOR NORMALES				
Recomendaciones generales	Control anual por Optometría, realizar pausas de higiene visual				

SERRANO CASTRO MAYRA
Registro médico: 3321

SUAREZ VELASCO ANUNDO
Cédula de ciudadanía: 1030586887

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	SUAREZ VELASCO ANUNDO	**Identificación:**	CC 1030586887
Genero:	Masculino	**Edad:**	27 AÑOS
Cargo:	ENFERMERO	**Orden No.**	100051
Fecha de ingreso:	18/10/2018 11:08 a. m.	**Fecha de salida:**	18/10/2018 01:46 p. m.
Empresa:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES	**Destino:**	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Examen Medico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular Optometría

Concepto **CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO**

Restricción y/o causa de aplazamiento:

NO

Recomendaciones

Recomendaciones personales:
Ejercicio cardiovascular periódico.
Hábitos alimentarios con dieta sana y balanceada.
Control médico preventivo
Uso de medias compresivas en miembros inferiores
Recomendaciones laborales: Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Uso de elementos de protección personal según factor de riesgo ocupacional.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Higiene postural.
Capacitarse en prevención y manejo de riesgo biológico.
Revisar y actualizar periódicamente esquema de vacunación.
Intercalar posturas durante la jornada laboral

Observaciones

NO

Optometría

Control anual por Optometría, realizar pausas de higiene visual

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención No

Nombre Médico Evaluador
OCHOA ESTEPA ANGELA MARIA
Registro médico: 25882 Lic. So 14361

Paciente
SUAREZ VELASCO ANUNDO
CC 1030586887

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

EXAMEN DE VISIOMETRIA DIGITAL No. 1030586887

Fecha: 2020-10-01

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

INFORMACIÓN GENERAL

Equipo utilizado: Optec 2000
Nombre: ANUNDO SUAREZ VELASCO
Documento: 1030586887
Empresa usuaria: INDEPENDIENTE
Usa lentes: NO Tipo de lentes:
Frecuencia: Exámen realizado con lentes de contacto: NO



PRUEBA DE DEMOSTRACIÓN: Buena

VISION LEJANA SIN LENTES
Ojo Derecho: 20/20 Ojo Izquierdo: 20/20 Ambos ojos: 20/20

VISION CERCANA SIN LENTES
Ojo Derecho: 20/20 Ojo Izquierdo: 20/20 Ambos ojos: 20/20

VISION DE PROFUNDIDAD: Normal

PERCEPCION DE COLORES AMBOS OJOS: Normal

FORIA VERTICAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION CERCANA: Normal

VISION PERIFERICA: (CAMPIMETRIA)

OJO DERECHO
Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal

OJO IZQUIERDO
Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal

OBSERVACIONES:
SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES ADECUADA PARA SU OCUPACIÓN.
TEST DE COLOR (ISHIHARA) NORMAL
ESTEREOPSIS 40" DE ARCO.

Leidy Ayala S

LEIDY YURANI AYALA SANCHEZ
optometra
U. El Bosque
Res. 1071168467
Especialista en Gerencia en SST
Fund. U. Areandina
Res.

ANUNDO SUAREZ VELASCO
Documento: 1030586887

Escanee el código si desea verificar datos

Comprometidos con la Salud a través de la Educación

Tus estudios en Manos Profesionales

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit. 900.990.978-9

HACE CONSTAR QUE:

ANUNDO SUAREZ VELASCO

Con Cédula de Ciudadanía N. ***1.030.586.887***

Asistió a la Actualización teórico-práctica en

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado el día 28 de Septiembre de 2019 en Bogotá, con una intensidad de 12 (doce) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

ANUNDO SUAREZ VELASCO

Identificado con cédula de ciudadanía Nº 1.030.586.887 de Bogotá D.C.

ASISTIÓ AL CURSO DE:

SOPORTE VITAL BASICO Y RCCP

Intensidad Horaria de 20 Horas, dado en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de octubre de 2020

SMSM Julieta Barrera Coronado
Directora
Escuela de Auxiliares de Enfermería

SMSM Constanza Castro Barriga
Coordinadora Académica
Escuela de Auxiliares de Enfermería

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:	04/01/2021	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SUAREZ	VELASCO	ANUNDO	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.030.586.887	BOGOTA		09/02/2009
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
06/02/1991	CHITARAQUE/ BOYACA		COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	2	2	3209473074

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 88 No. 68 B 26 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	9269116

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
anun12012@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(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	PENSIONADO	ESTUDIANTE	SOCIO	PROFESIONAL INDEPENDIENTE
☐	☒	☐	☐	☐	☐
HOGAR	COMERCIANTE	EMPLEADO SOCIO	EMPLEADO PUBLICO	OTRA:	CUAL:
☐	☐	☐	☐	☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒			
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☑		

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☑	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
AV CARACAS No. 33 a 11	3.282.828	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	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	600.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.700.000	ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	3.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**1.700.000**	**TOTAL EGRESOS**	**1.100.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**3.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**0**

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
VARGAS		KAREN	DAYANA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 88 No. 68 B 26 SUR	BOGOTA	CONOCIDO	3108532232

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA AHORROS	68811318683	CONTADOR	

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.):

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.

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

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.

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.

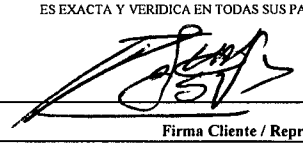
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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.

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



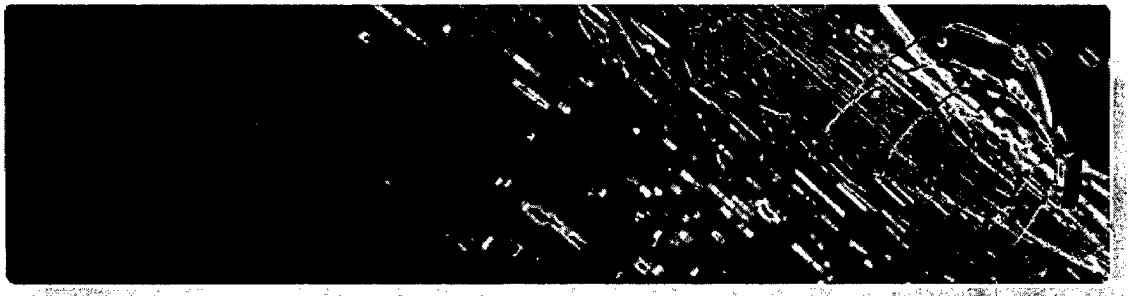
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA	**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**

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

anun12012@gmail.com

Documento de Identidad *

1030586887

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANUNDO SUAREZ VELASCO identificado con CC 1030586887 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/10/2017

IPS Cotizante: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA

Categoria: A

Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
GABRIEL MATIAS SUAREZ MEDINA	RC 1023973230	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO	BENEFICIARIO	01/09/2018	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE , a los 04 días del mes de enero del año 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANUNDO SUAREZ VELASCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.586.887**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 04 de Enero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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

1'030586887 (Numero de Documento)	Positiva (ARL)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Anundo		Suarez	Velasco

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
06/Feb/1991	Chitaraque	Cra 88 #68B-26	9269116

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Famisanar	Porvenir	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de Enfermería	

Correo Electrónico	Celular
anun12017@gmail.com	3209473074

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

WEB
20:57:32
Hoja 1 de 01

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 157361157

Bogotá DC, 04 de enero 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) ANUNDO SUAREZ VELASCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030586887:

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)

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 lunes 04 de enero de 2021, a las 20:59:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030586887
Código de Verificación	103058688721010420593l

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.

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4095714

BogotÃ¡ D.C., 5 de Enero de 2021 - 9:38 am

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), quien se identifica con CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TREINTA MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE** de BOGOTA D.C.

1030586887

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora 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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_7Y9NX_375
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:02:06 horas del 04/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1030586887**

Apellidos y Nombres: **SUAREZ VELASCO ANUNDO**

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.

Volver al Inicio

Certificado Bancario

Miércoles, 30 de Septiembre de 2020

Señores
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANUNDO SUAREZ VELASCO identificado(a) con CC 1030586887, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	68811318683	2013/08/02	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia