

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 19:48:31 | WILBER PARDO

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio

Id de página: 14001207 | Ayuda

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado




Última Actualización

| Suscripciones | En edición | Adjudicaciones pendientes | Invitaciones directas | Nuevos informes | Mensajes |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## Sugerencias SECOP

**La Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente – informa que a partir del día martes 11 de junio de 2019, se encontrará habilitado en el Secop II el módulo Régimen Especial con ofertas para que las entidades adelanten los procesos competitivos en el marco del Decreto 092 de 2017 y las entidades con Régimen Especial de contratación puedan adelantar sus procesos de selección.**

**A partir de esta fecha, también encontrarán habilitado el módulo de Régimen Especial para gestionar exclusivamente los procesos no competitivos de acuerdo al Decreto 092 de 2017.**
**Es importante precisar que los procesos de estas modalidades de contratación que hayan sido creados en el SECOP I hasta el 10 de junio de 2019, seguirán siendo gestionados en esta plataforma.**

---

**Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia causada por el COVID-19.**
**Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades de negocio con las Entidades Estatales. Conoce el formulario para hacer parte del grupo de proveedores.**

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'

### Mensajes

Todos

*Sin mensajes...*

Más información .

### Oportunidades de negocio

Recibidas

*Sin oportunidades*

Más 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: 27-ene-2021

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| PARDO | DÍAZ | WILBER HERNÁN |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023900140

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1023900140 D.M 51

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 4 MES SEP AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Calle 15 # 4-70 apt.408

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3008318584

EMAIL willpardo90md@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 Académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES NOVIEMBRE AÑO 2007 |
| | | | | | | | | | | 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 | 8 | X | | ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION | 8 | 2020 | 1023900140 |
| Universitaria | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2013 | 1023900140 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| Atención a victimas de violencia sexual | Corporación técnica empresarial para el trabajo | 2020 | 40 |

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: 27-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*<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>subredsur@gov.co |
| *TELÉFONOS*<br>7693131 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 28 MES 9 AÑO 2020 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Anestesiologo | *DEPENDENCIA*<br>Salas de cirugía | | *DIRECCIÓN*<br>calle 60 g sur#18a bis-09 |

## 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 | 0 | 4 |
| Total | 0 | 4 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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

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: 27-ene-2021

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma válida

*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: 27-ene-2021

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** WILBER HERNÁN PARDO DÍAZ

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023900140 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** Calle 15 # 4-70 apt.408 **Teléfonos** 3008318584 3008318584

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Luis Hernán Pardo Torres | 19074535 | Padre |
| Margarita Díaz Moreno | 41575585 | 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 | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 0,00 |

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 | 007380790712 | Fontibon | $ 420.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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: 27-ene-2021

## 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 Valida

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 27-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 12 de ENERO de 2021

Cordialmente,




C.C. 1023900140

# 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: WILBER HERNAN PARDO DIAZ
Documento: 1.023.900.140
Cargo: MEDICO ANESTESIOLOGO

Fecha: 12 DE ENERO 2021.

FUCS

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

## Facultad de Medicina

En atención a que

# Wilber Hernan Pardo Diaz

C.C. 1.023.900.140 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

# Especialista en Anestesiología y Reanimación

En Bogotá, D.C., Colombia el 14 de agosto de 2020

en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de Registro 2369 Número de Folio 041, 042 y 043

10276

Vigilada Mineducación

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

# Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

## Facultad de Medicina

En atención a que

## Wilber Hernán Pardo Díaz

C.C. 1.023.900.140 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

## Médico y Cirujano

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 06 de Diciembre de 2013

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de Registro 935 Número de Folio 038 y 039

Bogotá, D.C. Dic 06 de 2013

01743

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Personería Jurídica 10917 del 3° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

# Acta de Grado No. 034

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de diciembre de 2013, en el Auditorio Guillermo Fergusson, del Hospital de San José de conformidad con el Acuerdo No. 2856 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 376 del tres (03) de diciembre de 2013, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

## Médico y Cirujano

a

## Wilber Hernán Pardo Díaz

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.023.900.140 de Bogotá, como consta en el acta 034 folios 055 y 056.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pensum reglamentario para el programa de Medicina y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores: Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Gonzalo López Escobar, Decano, Oscar Eduardo Mendoza Ramírez, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes diciembre del año dos mil trece (2013).

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No.5116

04539

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

FUCS

# Acta de Grado No. 210

*En la ciudad de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de agosto del año 2020, en el Auditorio Guillermo Fergusson, del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No.4686 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, sesión ordinaria No. 534 del 21 de julio de 2020; se realizó acto solemne para otorgar el título de:*

## Especialista en Anestesiología y Reanimación

*a*

## Wilber Hernan Pardo Diaz

*Identificado con cédula de ciudadanía No. 1023900140 de Bogotá, como consta en el acta No. 210 folios 092, 093 y 094 del libro de actas de grado No. 3.*

*Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pensum reglamentario, para el programa de Especialización en Anestesiología y Reanimación y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto y determinados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.*

*En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte. Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Álvaro Granados Calixto, Decano, Oscar Eduardo Mendoza Ramírez, Secretario Académico y para constancia de lo anterior se firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de agosto del año dos mil veinte (2020).*

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 3847

Vigilada Mineducación

10377

# SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
# HOSPITAL DE SAN JOSÉ

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
# DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

FUCS

## Certifica que:

*Wilber Hernan Pardo Diaz*

*C.C.1023900140*

**Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos establecidos para el**

## DIPLOMADO EN FARMACOTERAPÉUTICA

**Realizado en Bogotá, del 4 de agosto al 17 de noviembre de 2012,**
**con una intensidad de 120 horas presenciales.**

**En constancia firman:**

**Enf. Ligia Garzón M.**
**Directora de posgrados de Enfermería**

**Enf. Yolanda Vallejo P.**
**Decana Facultad de Enfermería**

**Dr. Mauricio Wagner V.**
**Director Educación Continuada**

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Wilber Hernán Pardo Díazen 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:

Anestesiología y Reanimación

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;




Firma

No. de documento: 1023900140

Tarjeta profesional No: 1023900140

Dirección de contacto: Calle 27 sur # 10ª- 34

Teléfono: 3008318584


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.900.140
PARDO DIAZ
APELLIDOS
WILBER HERNAN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-SEP-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00465199-M-1023900140-20130907
0034768414A 1
1642522934

DIAN
MUD UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14703537632

(415)7707212489984(8020) 000001470353763 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 3 9 0 0 1 4 0 | 1 | 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 2 3 9 0 0 1 4 0 | 2 0 0 8 0 9 1 8 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| PARDO | DIAZ | WILBER | HERNAN |

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: CL 27 SUR 10 A 34

42. Correo electrónico: willpardo90md@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 7 2 8 4 9 6 | 3 0 0 8 3 1 8 5 8 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | Nº establecimientos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 1 3 1 2 0 6 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 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 - 08 - 13 / 18 : 50: 29

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: CEPEDA ORTIZ CARMEN
985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 13-08-2020 06:50:49PM

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:19/09/2020

| CONTRIBUYENTE | C.C. 1023900140 | WILBER HERNAN PARDO DIAZ |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 27 SUR 10A 34 Teléfonos: 3008318584

Dirección electrónica: willpardo90md@gmail.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: 06/12/2013

Matrícula Mercantil:NO Fecha Inicio de Actividades: 06/12/2013 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

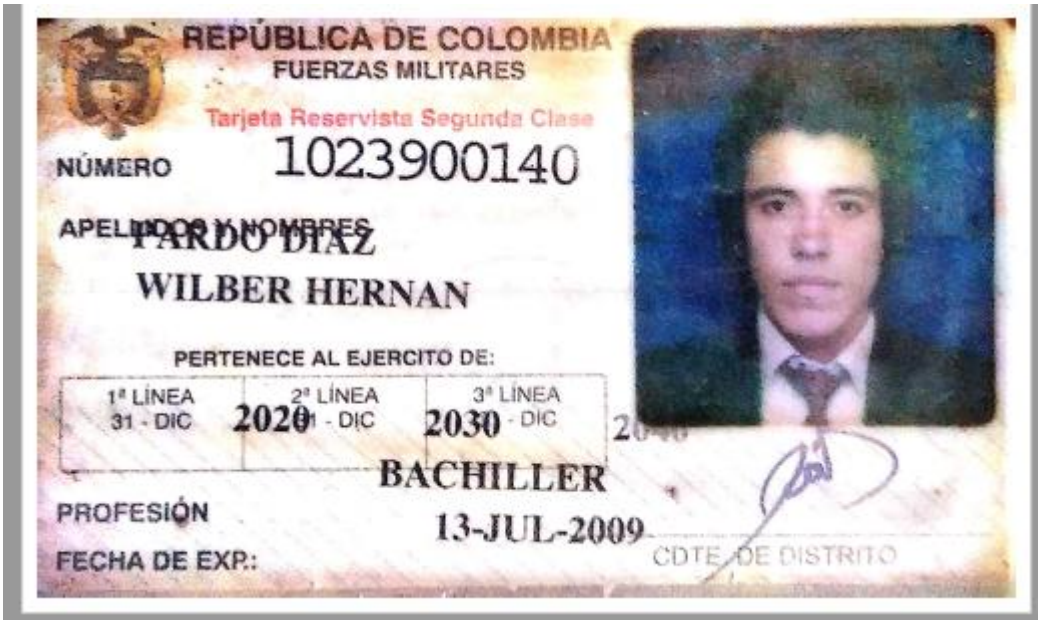
Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

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

Fuente: RIT-SHD

Versión 3.02

SGS CO18/8129



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1023900140

APELLIDOS Y NOMBRES
PARDO DIAZ
WILBER HERNAN

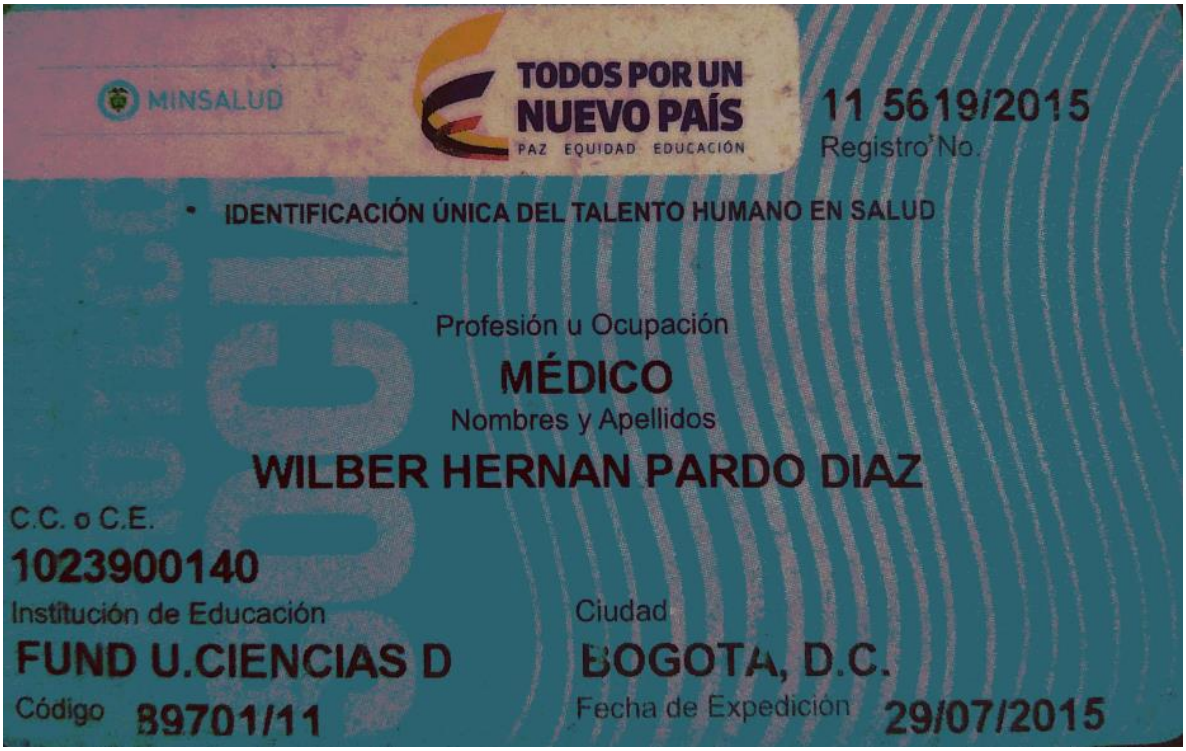
PERTENECE AL EJERCITO DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC 2020 | 31 - DIC | 31 - DIC 2030 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 13-JUL-2009

CDTE. DE DISTRITO



MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

11 5619/2015
Registro No.

• IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
WILBER HERNAN PARDO DIAZ

C.C. o C.E.
1023900140

Institución de Educación
FUND U.CIENCIAS D

Ciudad
BOGOTA, D.C.

Código 89701/11

Fecha de Expedición 29/07/2015

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# *Resolución No* **5619** *de* **21/05/2015**

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C*

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PARDO DIAZ WILBER HERNAN identificado(a) con CC número 1023900140 expedida en BOGOTA D.C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD el dia 06/12/2013, acta de grado No.34, Diploma No. 4746 y registrado en el libro 935 Folio 38 año 2013

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 14/04/2014 y 13/04/2015

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 PARDO DIAZ WILBER HERNAN identificado(a) con CC numero 1023900140 expedida en BOGOTA D.C para ejercer la profesión de MEDICO(A) 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 Secretaria de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 21/05/2015

*Isabel Cristina Artundúaga P.*
*Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)*
ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 3 JUN 2015
A la fecha notifique personalmente al señor (a) PARDO DIAZ
CC # 1023900140
Firma



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

WILBER HERNAN
PARDO DIAZ

C.C. 1023900140

**MEDICO(A)**

Expedicion 04/06/2015

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1023900140 | WILBER | HERNAN | PARDO | DIAZ | 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) WILBER HERNAN PARDO DIAZ identificado(a) con CC 1023900140 registra La siguiente información:

2020-11-10--7:17:15 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2015-05-21 | 5619 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|BOGOTÁ, D.C.\|BOGOTÁ, D.C. | 2014-04-14 | 2015-04-13 | 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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Trámite Tarjeta Profesional de especialista Recibidos x

asistente@colegiomedicocolombiano.org mié., 21 oct. 11:08

para mí

Estimado Dr. Wilber Hernán Pardo Diaz

De acuerdo a su solicitud de Inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud y Expedición de Tarjeta profesional nos permitimos informar que el asesor asignado a su trámite es: Mauricio Martínez con el cual se podrá comunicar al este mismo correo en caso de tener alguna inquietud con su trámite.

En este momento su trámite de especialidad está en curso normal de validación y los documentos se cargaron de manera correcta en la plataforma.



Mauricio Martínez - Asesor de servicio
PBX:(571) 746 3489 Ext.105
Av 15 # 100 - 43 Oficina 501 Edificio AV. 15 PH
Bogotá D.C.
www.colegiomedicocolombiano.org

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 65

**C102390014000009601**

**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) **WILBER HERNÁN PARDO DÍAZ**, identificado(a) con C.C. No. 1023900140 y T.P. o R.M. No. 1023900140 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 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 jueves 08 octubre 2020 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 10-50 Oficina 52 Centro Comercial Futura Tel. 7440505-6370076 Bogotá D. C.
E- Mail: secretariatribunaleticamedica.org, www.tribunaleticamedica.org
secretariatribunal@outlook.com



| VACUNA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| DPT ACELULAR | 1 | | | |
| NEUMOCOCO | 1 | | | |
| MENINGOCOCO | 1 | | | |
| ANTIRRABICA | 1 | | | |
| OTRAS VACUNAS | | | | |

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

CERTIFICADO DE VACUNACION

Centro Especializado en Vacunación

GeralMedic Nº 6621

**IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**

*Vacunarse es su Seguro de Vida*

NIT. 900.394.707-3 - COD. DEL PRESTADOR 110012180401

Nombre: Wilber Hernan Tarido Diaz

Identificación: 1.023.900.140

Teléfono: 2728496 F.N. 04/09/90

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya - Tel: 408 21 80

Cel: 321 322 90 92 - WWW.vacunarcolombia.com



| VACUNA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1 | 25 MAY 2016 | | |
| | 2 | 21 JUL 2016 | | |
| | 3 | 11 AGO. 2020 | | |
| | R | | | |
| HEPATITIS A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| TRIPLE VIRAL | 1 | 25 MAY 2016 | | |
| | 2 | | | |
| F. AMARILLA | 1 | | | |

| VACUNA | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA | 1 | 25 MAY 2016 | | |
| | 2 | | | |
| INFLUENZA | 1 | 11 NOV 2020 | | |
| TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD | 1 | 25 MAY 2016 | | |
| | 2 | 21 JUL 2016 | | |
| | R | 11 AGO. 2020 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| F. TIFOIDEA | 1 | | | |

LABORIUS

**LABORIUS S.A.S.**

Carrera 108 N° 42 - 17 Torre 2 Apto 307 - Cali, Colombia
Cel. 316 3513536 - Tel. 4005737 - E-mail. ulcmagistermso@gmail.com
www.laborius.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 85**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 08 MES | 2020 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| **PARTICULARES CONTADO** | **PARTICULARES** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| **PARDO DÍAZ WILBER HERNÁN** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 29 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS | CC | 1023900140 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**MEDICO ANESTESIOLOGO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *APTO. NO AMERITA RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.*

| | |
|---|---|
| **NO APLICA** | PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS |
| **NO APLICA** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
| **NO APLICA** | PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS |

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | DEJAR DE FUMAR |
| | SVE CARDIOVASCULAR | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |
| | CAPACITACIÓN | |
| | REVISIÓN PUESTO DE TRABAJO | |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. ASINTOMATICO RESPIRATORIO.
2. SIN DEFECTO REFRACTIVO. SE SUGIERE VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.
3, HABITOS DE VIDA SALUDABLE
4. USO DE EPP Y BIOSEGURIDAD.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** GOMEZ ARANDIA DIEGO ALEJANDRO

**R. M.:** 27323 **L.S.O.:** 2412-18

**Código de Seguridad**

**T770Z1F85**

**Aspirante o Trabajador**




**Firma:**

**Nombre:** PARDO DÍAZ WILBER HERNÁN

**CC:** 1023900140

# CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 18 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0221 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 030 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 064089 del 18 de Julio de 2018, Expedido por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

*Certifica que el:*

## *Wilber Hernán Pardo Díaz*

*D.I. No. 1.023.900.140*

*Asistió al curso de:*

## ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

*El día 10 Agosto del año 2020 con una intensidad de 40 horas*

Dra.: Martha Viviana Peraza Castillo
Directora General
R.M. 111653

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.190.014-6

Victor Manuel Peraza Castillo
Coord. Investigador Judicial

Dr. Victor Manuel Peraza Castillo
Abogado Instructor
T.P. 18513 del C.S.J

Leidy Andrea Cañon

Ing.: Leidy Andrea Cañon
Coordinadora Académica
Cel.: 57228-332692

# CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Nit.: 900.790.014-6

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 036945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

**CERTIFICA QUE:**

*Wilber Hernán Pardo Díaz*

*D.I. No. 1.023.900.140*

**Asistió al Curso Taller de:**

# Soporte Vital Básico SVB (BLS)

## "Abordaje al Paciente con parada Cardiorespiratoria"

**El día 15 de Agosto de 2020, con una duración de 20 horas, Dado en Bogotá D.C.**

BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL (CNR:)Y DE LOS COMITES INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR 2015-2020, DE ACUERDO LO QUE EXIGE LA RESOLUCIÓN 1043 DEL MIN-PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO Dirección General Nit.: 900.790.014-6

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653

Dr.: ALEJANDRO SOLANO
INSTRUCTOR BLS-ACLS
R.M. 1030638106

ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692

# CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Nit.: 900.790.014-6

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas, Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

**CERTIFICA QUE:**

*Wilber Hernán Pardo Díaz*

*D.I. No. 1.023.900.140*

**Asistió al Curso Taller:**

# Soporte Vital Avanzado SVA-ACLS

## "Manejo Definitivo del Paciente con parada Cardiorespiratoria"

**El día 16 de Agosto de 2020, con una duración de 50 horas, Dado en Bogotá D.C.**

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.
TEMARIO: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y VÍA AÉREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CÓDIGO AZUL, TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653

Dr.: ALEJANDRO SOLANO
INSTRUCTOR BLS-ACLS
R.M. 1030638106

ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692

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: | 30/11/2020 | CIUDAD: | Bogotá D.C. | 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 |
|---|---|---|---|
| Pardo | Díaz | Wilber | Hernán |

| 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 | 1,023,900,140 | Bogotá D.C. | | 18/09/2020 |
| PASAPORTE | OTRO | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI | | NO |

| FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento) | | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 04/09/1990 | Bogotá/Cundinamarcá | | 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) | N/A | N/A | 3008318584 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Calle 27 sur #10a - 34 | **Bogotá** | **Cundinamarca** | **Colombiano** | **2728496** |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA(Marca con X) | | |
|---|---|---|---|---|
| willpardo90md@gmail.com | N/A | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA ■ |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |

| 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 | N/A | N/A | | N/A | |
| PASAPORTE | OTRO | CUAL: | | N/A | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI | NO | NACIONALIDAD: | N/A |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

| ASALARIADO | CONTRATISTA | PENSIONADO | ESTUDIANTE | SOCIO | PROFESIONAL INDEPENDIENTE |
|---|---|---|---|---|---|
| | ■ | | | | |

| HOGAR | COMERCIANTE | EMPLEADO SOCIO | EMPLEADO PUBLICO | OTRA: | CUAL: | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ■ | IVA | SI | NO | | |
| | | NO | ICA | SI | NO | PRINCIPAL: | 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 ■ | N/A | N/A |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GOBIERNO ☐ | COMERCIAL ☐ | SERVICIOS ☐ | SALUD ☐ | ENERGIA ☐ | ALIMENTOS ☐ | | |
| EXPORTACIONES ☐ | FINANCIERA ☐ | MEDICAMENTOS ☐ | AGROPECUARIA ☐ | INDUSTRIAL ☐ | TECNOLOGIA ☐ | OTRA : ☐ | N/A |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO FIJO/CELULAR | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

| CARGO ACTUAL | | FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA) | |
|---|---|---|---|
| N/A | | N/A | N/A |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA ( PESOS $)

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | N/A | GASTOS FAMILIARES | 3,000,000 | AHORROS | 10,000,000 | SALDO HIPOTECA | N/A |
| HONORARIOS | 18,000,000 | ARRIENDOS | 1,400,000 | INVERSIONES | N/A | TARJETAS DE CREDITO | N/A |
| ARRIENDOS | N/A | CUOTA VEHICULO | 4,000,000 | VEHICULOS | 140,000,000 | DEUDA VEHICULOS | 117,000,000 |
| COMISIONES | N/A | CUOTA VIVIENDA | N/A | PROPIEDADES | N/A | DEUDAS TERCEROS | N/A |
| OTROS INGRESOS* | N/A | OTROS EGRESOS* | N/A | OTROS ACTIVOS* | N/A | OTROS PASIVOS* | N/A |
| **TOTAL INGRESOS** | **18,000,000** | **TOTAL EGRESOS** | **8,400,000** | **TOTAL ACTIVOS** | **150,000,000** | **TOTAL PASIVOS** | **117,000,000** |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

## 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 |
|---|---|---|---|
| Arévalo | Sanchez | Nasly | Marcela |

| DIRECCION | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR | |
|---|---|---|---|---|
| Calle 15 No. 4 - 70 | Bogotá | Amigos | **3003003143** | |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

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

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | CIUDAD/PAIS | MONEDA | MONTO |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

| IMPORTACION | EXPORTACION | TRANSFERENCIA | PAGO SERVICIOS | PRESTAMO | OTRO | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | N/A |

## 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.):

Médico anestesiólogo

**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.

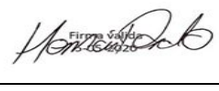
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

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

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WILBER HERNAN PARDO DIAZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.023.900.140, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20200923 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Enero de 2.021

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15185341

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

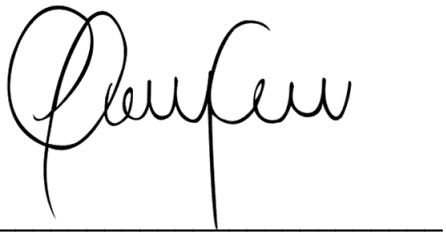
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**
NIT 800.170.043-7

**CERTIFICA QUE:**

**WILBER HERNAN PARDO DIAZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.900.140**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 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

| | |
|---|---|
| 1023900140 | Seguros Bolivar |
| Numero de Documento | ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Wilber | Hernán | Pardo | Díaz |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9/4/1990 | Bogotá DC. | Calle 27 sur # 10a - 34 | 2728496 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| Compensar | Colfondos | $ |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| | |
|---|---|
| Médico anestesiólogo | |
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| | |
|---|---|
| willpardo90md@gmail.com | 3008318584 |
| Correo Electrónico | Celular |




| | |
|---|---|
| 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

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 155541721

WEB
10:32:06


Bogotá DC, 10 de diciembre del 2020

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) WILBER HERNAN PARDO DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023900140:

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 jueves 10 de diciembre de 2020, a las 10:29:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1023900140 |
| Código de Verificación | 102390014020121010 2945 |

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 P.

**SORAYA VARGAS PULIDO**
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB**
**No. 4025499**

**BogotÃ¡ D.C., 10 de Diciembre de 2020 - 10:33 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) **WILBER HERNAN PARDO DIAZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS MIL CIENTO CUARENTA** de BOGOTA D.C.

**1023900140**

**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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_TW59_3310**
**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 10:34:47 horas del 10/12/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1023900140**

Apellidos y Nombres: **PARDO DIAZ WILBER HERNAN**

**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.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **10/08/2020**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor WILBER HERNAN PARDO DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023900140**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570007380790712** |
| Fecha de apertura | **25/04/2014** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA