



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: 11-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GIL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MINA	NOMBRES LUIS ALEJANDRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79734990	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 55 D.M. 74100102483		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES OCT AÑO 1974 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 58 BIS SUR N° 78 F 20 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3013700333 EMAIL alejosaluda@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER MILITAR
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE
											AÑO	1991

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Especialización médico	4	X	ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	1 2018	79734990
Especialización médico	6	X	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	10 2012	99384-2003
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 2000	99384-2003



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: 11-mar-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en terapeutica homeopatica	Universidad militar nueva granada	2020	160

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 Instituto Roosevelt	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sotalora@ioir.org.co	
TELÉFONOS 3534000	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 5 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Medico Especialista	DEPENDENCIA Hospitalizacion	DIRECCIÓN Cr 4 este # 17-50 av Circunvalar	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO PEDIATRA	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	DIRECCIÓN CARRERA 14 B N° 1-45 SUR	



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: 11-mar-2021

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	3	9
Pública	4	7
Total	4	7

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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: 11-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUIS ALEJANDRO GIL MINA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79734990 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 58 BIS SUR N° 78 F 20

Teléfonos 3013700333 3013700333

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA ANTONIETA MINA DE GIL	41648848	Madre
SARA NATALIA GIL MARTINEZ	1011232679	Hijo(a)
VICTORIA GIL ROMERO	1141368235	Hijo(a)
LUIS ANTONIO GIL GUERRERO	19233813	Padre

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	\$ 120.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 150.000.000,00
TOTAL	\$ 270.000.000,00

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	008480294019	VEINTE DE JULIO	\$ 1.500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	CALLE 3° SUR N° 69 - 91 TORRE 4 APT 825	\$ 120.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



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: 11-mar-2021

BBVA	CREDITO	\$ 200.000.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO HIPOTECARIO	\$ 320.000.000,00
AV VILLAS	TARJETAS DE CREDITO	\$ 75.000.000,00
DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO	\$ 30.000.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO	\$ 120.000.000,00
falabella	TARJETA CREDITO	\$ 2.500.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Luis A. S.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-mar-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 16 de Oct. de 2020

Cordialmente,

Luis A. E
C.C.

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: LUIS ALEJANDRO GIL

Documento: cc. 79.734.910

Cargo: Medico - especialista

Fecha: Oct. 16/2020



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO MILITAR ANTONIO RICAURTE

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
SEGUN RESOLUCION No. 004465 DEL 30 DE NOVIEMBRE DE 1989
CONFIERE A

GIL MINA LUIS ALEJANDRO

T.I. 741001 - 02483 de Bogotá.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO CON ORIENTACION MILITAR

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES
AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES
Y PROGRAMAS VIGENTES.

INSTITUTO MILITAR
ANTONIO RICAURTE
RECTOR
SANTA FE DE BOGOTA, D.C.

INSTITUTO MILITAR
ANTONIO RICAURTE
SECRETARIO
DICIEMBRE 17 DE 1991.

ANOTADO AL FOLIO 126 - G - DEL LIBRO DE REGISTRO No 92.

SECRETARIO DE EDUCACION



Universidad Militar "Nueva Granada"

teniendo en cuenta que:

Luis Alejandro Gil Mina

C.E. 79.734.990 Expedida en Santafé de Bogotá D.C.

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación, le otorga el título de:

Médico y Cirujano

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C. a los 20 días del mes de Junio de 2000.

[Firma]
Rector
Acta de Registro No. 1232.
Registro No. 2913.

[Firma]
Jefe División Registro y Control Académico

[Firma]
Vicerector Académico
Derecho Facultad

Registro Oficial
Resoluto No. 1611
Lima 03
Bogotá, D.C. República de Colombia
20 de Junio de 2000

04376



Universidad Militar "Nueva Granada"

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional, y en consideración a que

Luis Alejandro Gil Mina

C.C. 79.734.990 Expedida en Bogotá, D.C.

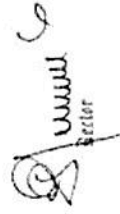
ha cumplido en

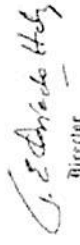
Hospital Occidente de Kennedy

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Pediatría

Bogotá, D.C., 5 de Octubre de 2012.


Víctor
Rector


G. E. Andrés Holguín
Director


Víctor
Vicerrector Académico


Juan Carlos
Decano Facultad


Jefe Distrito

Registro Académico



EN ATENCIÓN A QUE:

LUIS ALEJANDRO GIL MINA

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 79.734.990 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

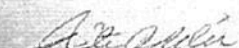
ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 14 DE AGOSTO DE 2019


RECTORA


DIRECTOR DE POSTGRADOS


PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO


DIRECTOR DEL PROGRAMA


SECRETARIO GENERAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"

Res. No. 12975 de Julio 23 de 1982 Min. Educación Nat.

Nº 22012



ACTA DE GRADO Nº 1232

En Santafé de Bogotá, D.C., a los veinte (20) días del mes de Junio del año Dos Mil (2000), se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, los siguientes funcionarios: el Coronel AUGUSTO PRADILLA GIRALDO, Rector(Encargado); el Doctor MAURICIO GONZALEZ MEDINA, Vicerrector Académico y el Capitán de Navío Médico GUILLERMO URREGO ACOSTA, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un egresado de la Universidad Militar "Nueva Granada" y otorgarle el título en la forma que más adelante se indica:

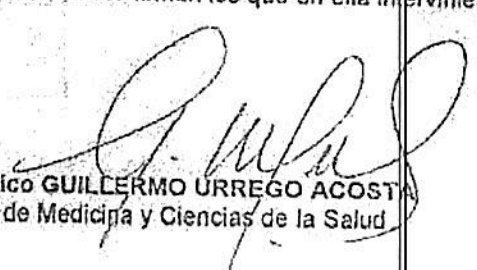
FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 9, 24, 28 y 137 de la ley 30 de 1992, Artículos 2º y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; Artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12.975 del 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional; Resolución 418/92 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

OTORGAMIENTO DEL TITULO

La Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano y la División de Registro Académico han informado que el señor LUIS ALEJANDRO GIL MINA, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 79.734.990 de Santafé de Bogotá, D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución y las normas legales pertinentes resuelve, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO, quedando registrado su diploma y acta de grado en el libro de registro, bajo el número 2913.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.


Capitán de Navío Médico GUILLERMO URREGO ACOSTA
Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Siguen firmas al respaldo...



UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

0057947

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE POST-GRADO 364 - UMNG
Hospital Occidente Kennedy

En Bogotá, D.C., a los cinco (05) días del mes de octubre de 2012, se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: el señor Mayor General **EDUARDO ANTONIO HERRERA BERBEL**, Rector; Doctora **MARTHA LUCIA BAHAMON JARA**, Vicerrectora Académica; Coronel Médico **JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO**, Decano de la Facultad de Medicina. Por parte del Hospital Kennedy, **JUAN ERNESTO OVIEDO HERNANDEZ**, Gerente y Médico Especialista **ANDRÉS ALBERTO ALMANZAR SALAZAR** Jefe de Educación Médica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo(a) el título de **ESPECIALISTA**. Para efecto se procedió como a continuación se indica.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º. y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos N° 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior - ICFES.

OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Registro Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Kennedy, han informado que el(la) Profesional **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 79734990 de BOGOTA D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Kennedy y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro 364.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman al respaldo los que en ella intervinieron.

Médico Especialista **ANDRÉS ALBERTO ALMANZAR SALAZAR**
Jefe de Educación Médica Hospital Kennedy

Siguen firmas al respaldo.....



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 14 de agosto del año 2019, según consta en el Acta No. 1166 y Acuerdo No. 16176 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

LUIS ALEJANDRO GIL MINA
C.C. No. 79.734.990 DE BOGOTÁ D.C

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

En ceremonia solemne del día cinco (05) de septiembre del año 2019, se le hará entrega del diploma No. 22750, el cual aparece registrado con el No. 23166, al folio 1331 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2019.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá, D.C, a los veintitres (23) días del mes de agosto del año dos mil diecinueve (2019).

MARÍA CLARA RANGEL GALVIS
RECTORA

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

• Av. Cra. 9 No. 131A - 02 •

Bogotá D.C. - Colombia, Sur América

• PBX (57 1) 6489000 •

018000 113033

• www.uelbosque.edu.co •

atencion@ustudent.uelbosque.edu.co

No. 150263

Simposio de

Imágenes Diagnósticas

EN PEDIATRÍA

fci
FUNDACIÓN
CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología

Certifica que

Luis Alejandro Gil Mina

Se vinculó en calidad de

ASISTENTE

Al Simposio de Imágenes Diagnósticas en Pediatría, que se realizó en Bogotá los días 17 y 18 de octubre de 2019 en las instalaciones de la Fundación Cardioinfantil – IC, cumpliendo con una intensidad horaria de doce (12) horas en modalidad de conferencias magistrales

Dr. Gabriel Cavledes
Radiólogo Intervencionista
Fundación Cardioinfantil- IC


Dr. Juan Manuel Pérez
Jefe del Servicio de Radiología
Fundación Cardioinfantil- IC

REDU - Subred Centro Oriente

Hace constar que

LUIS ALEJANDRO GIL MINA

ha completado el curso

Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral

6 de noviembre de 2019

Martha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente
Sub Red Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Horas de crédito: 30





Universidad del

Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

Certificado a:

LUIS ALEJANDRO GIL MINA

No. 79734990

Por su asistencia y participación en el **CURSO SEMIPRESENCIAL SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIÁTRICO (SVAP/PALS)**, realizado entre el 19 y el 20 de octubre de dos mil diecinueve (2019), con una intensidad de cuarenta (40) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veinte (20) días del mes de octubre de dos mil diecinueve (2019).

G. Muñoz

GUSTAVO ADOLEO QUINTERO H.

Decano

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 --Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional
Código 5240-12

Bogotá D.C Oct. 16/2020

Señores:

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

._**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

MEDICO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Luis De So

No. de documento:

79734990

Tarjeta profesional No:

79734990

Dirección de contacto:

Cll. 58 Bis Sur 78 F 20

Teléfono:

301.3700333

Bogotá D.C. Marzo 10 / 2021

Señores:

Universidad Militar Nueva Granada

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Alexandra Gil M. 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...."

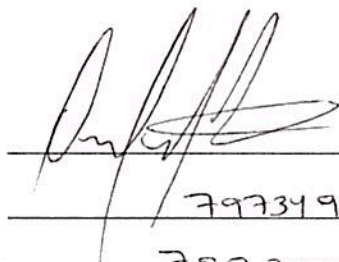
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

Pediatra

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

79734996

Tarjeta profesional No:

79734996

Dirección de contacto:

cl 58 B. Sur N. 78F-20

Teléfono:

3013706333

Bogotá D.C Oct. 16/2020

Señores:

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

=**/

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Especialista Medicina Crítica y Cuidado
(Nombre del Título Obtenido) Intensivo Pediátrico

Cordialmente;

Firma

Luis De la Cruz

No. de documento:

79734990

Tarjeta profesional No:

79734990

Dirección de contacto:

Cll. 58 Bis Sur 78F20

Teléfono:

3013700333

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) LUIS ALEJANDRO GIL MINA, identificado(a) con CC. No. 79734990, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 2287 2020	06/02/2020	31/10/2020	\$67.794.068

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 2287 2020: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 2287 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente. 2. Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. 3. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 4. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 5. Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 6. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los

servicios en donde se preste la atención.7. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.8. Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.9. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.10. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.11. Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.12. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.13. El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.14. Apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.15. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.16. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.17. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.18. Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.19. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.20. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.21. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.22. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.23. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.24. Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.25. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.26. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.27. Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 21 de Octubre de 2020.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación

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

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

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Nubia Sánchez Valencia – Secretaria

Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.734.990

GIL MINA

APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO

FECHA DE EXPEDICION

Luis Gil Mina



IMPORTE DEL DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

01-OCT-1974

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

GRUPO SANG.

SEXO

26-NOV-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REVISOR NACIONAL

CAR. (O.S. 166) 34620210045



A 1506150-00067304 M 0079734990 10-10-90

0026405274

26044201

2. Concepto: ☐ 0 Actualización

1. Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14253421507



(415)7707212489984(8020) 000001425342150 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 9 7 3 4 9 9 0

6. DV:

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente

Persna natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

2 Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

7 9 7 3 4 9 9 0

27. Fecha expedición:

1 9 9 2 1 1 2 6

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

1 6 9 Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

1 1 Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GIL

32. Segundo apellido

MINA

33. Primer nombre

LUIS

34. Otros nombres

ALEJANDRO

35. Razón social

36. Número comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

1 6 9 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

1 1 Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 58 BIS SUR 78 F 20 BRR VILLA DE LOS SAUCES

42. Correo electrónico:

alejosafuda@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

4 5 9 8 1 3 4

45. Teléfono 2:

3 1 2 4 8 0 9 9 2 0

CLASIFICACION

Actividad principal

Actividad económica

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número establecimientos

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 5 0 7 1 3

48. Código:

0 0 1 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 0 5 1 7

50. Código:

0 0 9 0

51. Código:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

22. Obligado a cumplir deberes formales a nombre de l

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma:

56. Tipo:

Servicio

1

2

3

57. Modo:

58. CPC:

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios

0

61. Fecha:

2 0 1 5 1 1 0 5

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013.

Firma del solicitante:

LOW DESUS

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

CAMARGO PINZON JAIRO DARIO

985. Cargo

Gestor I



DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT

INFORMACION BASICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-08-2016

Hora: 9:40:05 AM

Página 1 de 1

1. Datos Personales

2. Datos de Contacto

3. Datos de Identificación

4. Datos de Identificación

5. Datos de Identificación

6. Datos de Identificación

7. Datos de Identificación

8. Datos de Identificación

9. Datos de Identificación

10. Datos de Identificación

11. Datos de Identificación

12. Datos de Identificación

13. Datos de Identificación

14. Datos de Identificación

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Regimen Tributario: REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Imagen

¡Querido Contribuyente! Esta es la información suministrada por usted y

MEJOR

2016 86 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MÉDICO

Hoja No.

99 384/2003
Firma Médica

Nombre y Apellido

LUIS ALEJANDRO GIL MINA

C.C. o C.E.

C 79734990

De

BOGOTÁ

Universidad

M. NVA GRANADA

Ciudad

BOGOTÁ

Código

38126/01

Fecha de Expedición 26/01/04

Firma
MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1400 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.



ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

LUIS ALEJANDRO

GIL MINA

C.C. 79734990.

MÉDICO(A)

Expedición 12/10/2012

Firma

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





GOBERNACION DEL VICHADA
U.B.A. NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN E.S.E.
UNIDAD DE TALENTO HUMANO

Puerto Carreño, 05 de Septiembre de 2003

**EL GERENTE DE LA UNIDAD BASICA DE ATENCIÓN
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN E.S.E.**

HACE CONSTAR

Que el Profesional **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**, Identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.734.990 expedida en Bogotá, fue nombrado mediante resolución No 0756 del 01 de Agosto de 2000, para desempeñar el cargo de **MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, para el Centro de Salud con Camas de Santa Rita.

Que el cargo y la localidad antes mencionada son validos para la prestación del Servicio Social Obligatorio y se encuentra radicado en el libro de Profesiones de la Secretaría de Salud bajo el folio 003, Plaza Rural No M-17 del 1º de enero de 1999.

Que el Profesional **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**, Identificado con la cédula de ciudadanía No.79.734.990 expedida en Bogotá, realizó el curso de inducción al servicio.

Que según resolución No.1140 del 04 de septiembre de 2002, por medio de la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio, La Secretaría de Salud del Vichada, en uso de sus atribuciones legales resuelve en su artículo segundo; que el Servicio Social Obligatorio, se podrá reducir a seis (06) meses, en las zonas que el Gobierno señale, como afectadas por problemas de orden público.

Que el Profesional **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**, Identificado con la cédula de ciudadanía No.79.734.990 expedida en Bogotá, laboró en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio el tiempo comprendido desde el 02 de Agosto de 2000 hasta el 31 de Enero de 2001 y de acuerdo con el artículo segundo de la Resolución de la Secretaría de Salud del Vichada No.1140 del 04 de septiembre de 2002.


PEDRO JAVIER CONTRERAS BURGOS
GERENTE -E.S.E.

República de Colombia
Departamento del Vichada

Secretaría Departamental de Salud

RESOLUCION No 384

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL VICHADA

En cumplimiento del Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956

CONSIDERANDO:

Que, LUIS ALEJANDRO GIL MINA, identificado con la cédula de ciudadanía No 79.734.990 expedida en Bogotá, ha solicitado registrar su título como MEDICO, título que le otorga LA UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA", según Acta de grado No 1232

Que dicho título se encuentra debidamente registrado ante LA UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVE GRANADA", registrado en el Libro No 01, Folio 1611.

Que cumplió con la Prestación del Servicio Social Obligatorio como MEDICO, en la Unidad Básica Nuestra Señora del Carmen, en el Centro de Salud de Santa Rita, plaza rural M - 17 que la localidad y la plaza rural antes mencionada son validas para la prestación del Servicio Social Obligatorio en el departamento del Vichada, laboro del 02 de agosto de 2000 al 31 de enero de 2001.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar y registrar a LUIS ALEJANDRO GIL MINA, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.734.990 expedida en Bogotá, para ejercer la profesión de MEDICO, en el Territorio Nacional.

El mencionado Profesional queda registrado en el Libro de Registros e Inscripciones de Profesiones de la Secretaría Departamental de Salud del Vichada, bajo el Folio 114 de la Orden 05 del 18 de septiembre de 2003.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Puerto Carreño, a los 18 días del mes de septiembre de 2003.


AURELIO CASTRO PARRA

... POR UN VICHADA MEJOR!

Puerto Carreño, Avenida Orinoco Calle 10 - Tel: 5654151 - 5654210 Fax: 5654365

web.sispro.gov.co/this?cliente=ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTrayectoriaCategorias.aspx

Buscar

SISPRO

Principales

SIDAM- SI Estandares de Medicam

Verificar Registro en RETHUS Limpia

Resultado General: 2020-01-30-9:27:21 PM

Identificación No. Identificación Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Detalle: 60-01-30-9:27:21 PM

09/09/2019 79/34990 LUIS ALCANDRO GIL MINA

Información Detallada [CC: 7934990] LUIS ALCANDRO GIL MINA

2020-01-30-9:27:21 PM

Información Académica

Tipo Programa	Categoría Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO	ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA	2019-09-14	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNIV	Local	PEDIATRICO	PEDIATRICO	2009-09-18	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	MEDICINA	1996-11-20	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El cumplimiento de los requisitos que se encuentran vigentes (Resolución de la 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).

Computador: 457(11330-2000 / Censu: de tac-457(11330-5000)

Punto de atención presencial: Carrera 11 No. 82-76 piso 11 Bogotá, código postal: 110311

Línea de atención de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. 011-26393000

Línea de atención de emergencias: 457(11330-5001) 24 horas

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C7973499000019999

**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) **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**, identificado(a) con C.C. No. 79734990 y T.P. o R.M. No. 79734990 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 que se encuentren vigentes en dicho momento.

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 27 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).



GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentes@outlook.com

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.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: *Luis Alejandro*
Apellidos: *GIL Ming*
Documento de identidad: C.C. *X.T.I.* Pasaporte No. *79734990*
Fecha de Nacimiento: Día *01* M. *10* Año *1974*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	Única	<i>06/08/2019</i>		
Rubéola	Única	<i>06/08/2019</i>		
Fiebre amarilla	1			
Toxoide	2			
Tetánico	3			
Diftérico	4			
(Td)	5			
Contra Hepatitis B	1	<i>06 FEB 2020</i>	<i>ABV877AB</i>	<i>compensar</i>
	2	<i>06 MAR 2020</i>	<i>AH8V6977AB</i>	<i>compensar</i>
	3	<i>02 MAYO 2020</i>	<i>AH8V6977AB</i>	<i>compensar</i>

Ref 6 - febrero 2021

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	<i>06/08/2019</i>		<i>compensar</i>
		<i>02 MAYO 2020</i>	<i>V5c22001</i>	<i>compensar</i>

	NIT: 4612476-3 Avenida 1ro de mayo (TV 74 F) #40 B 69 sur piso 2 TEL : 2652890- 3137314040 E-MAIL: dreduardo@gmail.com Bogotá D.C.	CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado) <div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">01151</div> Empresa: <u>Agua de Tulum</u> Tipo de examen: <u>Ingreso</u> Enfoque: <u>Atención a la salud</u>
	Fecha: <u>17/01/2010</u>	

Este documento es válido sólo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes paraclínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros al 3137314040 y 2652890.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: Adriana María Alvarado
 Cargo: Administrativa Doc: 12 No: 79 734 990 Edad (años): 44

CONCEPTO	Ingreso	Periódico	Egreso
☒ Apto sin restricciones para el cargo	☐ Satisfactorio	☐ Examen de egreso satisfactorio	
☐ Apto con restricciones compatibles para el cargo	☐ No satisfactorio	☐ Examen de egreso no satisfactorio	
☐ Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo	☐ Presenta patología modificable con el estilo de vida	☐ Otro	
☐ Aplazado	☐ Hay restricciones a su labor		

Motivo del aplazamiento:

Restricciones:

Descripción adicional del concepto:

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

☒ Audiología ☒ Viscometría ☒ Optometría	☒ Espirometría ☒ Prueba psicométrica ☒ Electrocardiograma	☒ Laboratorio, Clínico ☒ Rayos X ☒ Prueba de esfuerzo	Otros exámenes: <u>No se Realiza</u>
---	---	---	---

Descripción de resultados:

Insuflómetro 20/2000, 01

RECOMENDACIONES:

☒ Control periódico por EPS ☒ Remisión a EPS (ver a qué servicio) ☒ Continuar manejo médico ☒ Seguimiento caso ARL	☒ Control periódico ocupacional ☒ Higiene postural ☒ Utilización de Elementos de seguridad profesional ☒ Pausas activas periódicas	☐ Dieta ☐ Ejercicio regular 3 veces a la semana ☐ Dejar hábito de fumar ☐ Suspender bebidas alcohólicas
---	---	--

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica:

☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular

Servicio remitido a EPS:

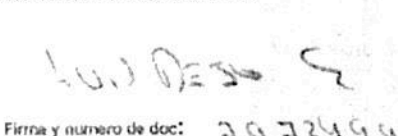
☒ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen médico y paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR S.A. que tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto médico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR S.A. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

MÉDICO:


 Firma y Sello:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:


 Firma y número de doc: 79 734 990

HUELLA





SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Luis Alejandro Gil Mina

C.C. 79.734.990 De Bogotá.

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

SEGÚN RESOLUCIÓN 459 DEL 6 DE MARZO 2012 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL,
RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267 Y
EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL .

**DADO A LOS 31 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2020,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD



Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 02 FOLIO 1601

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

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

FECHA: 01-30/2025 CIUDAD: DEPARTAMENTO:

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: GIL SEGUNDO APELLIDO: MINA PRIMER NOMBRE: LUIS SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRO

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X): C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 79734990 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): BOGOTA FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA): 20-11-1992

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: 01-10-1974 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento): BOGOTA CONFINAMARCA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANO

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)

SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DEPORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONAS A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO FIJO/CELULAR: 3013400333

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)

PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: UNIVERSITARIO ☒ POSTGRADO ☒ MAGISTER ☐ OTRO ☐ PROFESION/ OFICIO:

DIRECCION RESIDENCIA: Calle 58 bis Sur N-78 f 20 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CONFINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA:

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: alejosaluda@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA (Marca con X): 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): C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA):

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 SI ☒ NO ☐ IVA SI ☐ NO ☐ ICA SI ☐ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO): PRINCIPAL: 8621 SECUNDARIA: 0010

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

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

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

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL			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	10.000.000	GASTOS FAMILIARES	3.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	300.000.000
HONORARIOS	8.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	500.000.000	TARJETAS DE CREDITO	100.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	5.000.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	10.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	80.000.000
TOTAL INGRESOS	18.000.000	TOTAL EGRESOS	18.000.000	TOTAL ACTIVOS	500.000.000	TOTAL PASIVOS	480.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Romero	Castillon	Yenny	Isola
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
C. 80 H N. 57652311	BOGOTA	NOVA	301 637 8268

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
banavrenda	Cuenta ahorros	0084803645	20 de Julio	3383638

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":

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

Medico INTENSIVISTA PEDIATRIA

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

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 - Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último 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 Público.
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 LAS PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

- 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.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- 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:

- 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.
- Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
 - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 - El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

g. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o caseguros. 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 elección 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.

h. **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.

i. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

j. **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.

k. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

l. **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 arlaft@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.

m. **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 " POLÍTICA 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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

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

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad:		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad:	
3. Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
5. 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

Total points 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.

Email address *

alejosaluda@gmail.com

Documento de Identidad *

79734990

Nombres y apellidos *

LUIS ALEJANDRO GIL MINA

Número de contacto *

3013700333

Nivel jerárquico *

Profesional

Tipo de vinculación *

Contrato

Unidad a la que pertenece *



NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado LUIS ALEJANDRO GIL MINA identificado con CC-79734990 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

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

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Enero 27 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

79734990

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

EPS-FT-1143

Cre. Oct/2015

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS ALEJANDRO GIL MINA identificado(a) con C.C No. 79.734.990, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de enero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79.734 990

Numero de Documento

SUR A

ARL

Luis

Primer Nombre

Alejandro

Segundo Nombre

G: 1

Primer Apellido

می ۱۹

Segundo Apellido

01-10-1974

F. Nacimiento dd/mm/aa

Boğaziçi

Ciudad de Nacimiento

1 Calle 53 b11 Ser N-704/20

Dirección de Residencia

3013700333

Teléfono Fijo

Содерж.

EPS - Salud

col fondos

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Intensivista Pediatra

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

alajoscloda@gmail.com

Correo Electrónico

301 3700 333

Celular

but $n=50$

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 159600234



WEB

16:53:24

Hoja 1 de 01

Bogotá D.C. 27 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS ALEJANDRO GIL MINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79734990:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 miércoles 27 de enero de 2021, a las 16:52:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79734990
Código de Verificación	79734990210127165204

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digito y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ. D.C

Página 1 de 1



Bogotá, D.C., 27 de Enero de 2021 - 16:52 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA** de BOGOTÁ D.C.

79734990

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_UDD1_5216**

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:52:35 PM horas del 27/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 79734990

Apellidos y Nombres: GIL MINA LUIS ALEJANDRO

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F - 45 Zona Industrial, barrio Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 016000 910 112
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa



Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

02/02/2021

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LUIS ALEJANDRO GIL MINA**
con **Cédula de Ciudadanía** número **79734990**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570008480294019
Fecha de apertura	03/12/2007

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA