

Escaneado con CamScanner

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ
Nombre abreviado	JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ
Fecha de incorporación	26/02/2019 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1033710590
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	Calle 20sur# 12c-03
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	
Código postal	
Teléfono de oficina	3102263220
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	jobernal0527@gmail.com

Escaneado con CamScanner

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: 12-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BERNAL	MARTINEZ	JOSE LUIS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033710590	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1033710590 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*
FECHA DIA 5 MES JUN AÑO 1989	calle 20sur # 12c-03
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4790102
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL jobernal0527@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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUNIO 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*
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	7	2015	1033710590

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
DIPLOMADO EN UCIA-UNIDAD CUIDADOS	POLITECNICO DE SURAMERICA	2018	120
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS	2018	20
SOPORTE VITAL BASICO	FUSDESA	2018	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUSDESA	2018	100

Escaneado con CamScanner

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: 12-mar-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS	2017	20
DIPLOMADO DOCENCIA UNIVERSITARIA	POLITECNICO SUPERIOR DE COLOMBIA	2016	120

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
inglés	X			X			X		

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Santa Clara	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	jobernal0527@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3102263220	DIA 27 MES 2 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermero UCI	asistencia	carrera 14b # 1-45 sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5922979	DIA 19 MES 11 AÑO 2018	DIA 4 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermero Supervisor	Salud	Carrera 1ra Este #31 - 58, San Mateo,

Escaneado con CamScanner

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: 12-mar-2021

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

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

Bogota 12-03-2021

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

Escaneado con CamScanner

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: 16-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033710590 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 20sur # 12c-03 **Teléfonos** 3102263220 4790102

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luis Alejandro Bernal Hernadez	1021513869	Hijo(a)
Lety Martinez Perdomo	26501740	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	$ 40.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 2.300.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 33.808.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 76.108.000,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	802112532	restrepo	$ 3.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	1033710590	$ 90.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
banco de bogota	Tarjeta credito	$ 856.000,00
banco davivienda	credito	$ 2.000.000,00

Escaneado con CamScanner

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: 16-ene-2021

Colegio Bilingue San Gabriel	Pension	$ 398.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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

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 Enero de 2021

Cordialmente,

José Luis Bernal M

C.C. 1033710590

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

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

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: Jose Luis Bernal Molinez

Documento: 1033710590

Cargo: Enfermero

Fecha: 16-01-2021

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre el

Centro Panamericano de Capacitación

Aprobado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resoluciones No. 2660 de Agosto 30 de 2002 y No. 3853 de Diciembre 12 de 2003

Confiere a:

José Luís Bernal Martínez

Identificado (a) con:
T.I. No. 890605 - 72101 de Bogotá

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994; según los planes y programas vigentes

Rector — *Álvaro Morales López*

Secretaria — *Mónica Herazo Acevedo*

Centro Panamericano De Capacitación
Bogotá D.C.

Libro de Registro No. 02

Acta No. 12 *Folio No.* 02

Dado en Bogotá D.C., a los 30 *días del mes de* JUNIO *de* 2007

No requiere registro de la Secretaria de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, Expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre el

Centro Panamericano de Capacitación

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según Resoluciones No. 2660 de Agosto 30 de 2002 y No. 3853 de Diciembre 12 de 2003

Confiere a:

José Luis Bernal Martínez

Identificado (a) con:
T.I. No. 890605 - 72101

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los Estudios de
Educación Media Académica, Artículo
según los planes y programa

Rector

Alvaro Morales López

Mónica Herazo Acevedo

Libro de Registro No. 02

Folio No. 02

Acta No. 12

Dado en Bogotá D.C., a los 30 días del mes de JUNIO de 2007

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, Expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA, D.C.
SECRETARIA DE EDUCACIÓN BOGOTÁ, D.C.
OFICINA DE SERVICIO AL CIUDADANO

CERTIFICA:

Para todos los efectos legales y académicos en el exterior que la Institución que expide el presente documento, esta debidamente aprobada y autorizada por el Gobierno Nacional de Colombia.
No. De folios
Esta Oficina no asume responsabilidad alguna por el contenido del documento.

7/10/2019 8:32:26 a. m.

CARLOS ARTURO CASTILLO GARZÓN
Secretario Ejecutivo
OFICINA DE SERVICIO AL CIUDADANO

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Carlos Abed Toro Ortiz
NOTARIO

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

José Luis Bernal Martínez

C.C. No. 1.033.710.590 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermero

Como Notario Diecisiete(17) del Círculo Notarial de Bogotá, D.C., hago constar que esta fotocopia coincide con su original que he tenido a la vista.
08 MAY 2018
Carlos Abed Toro Ortiz
Notaría NOTARIO

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C., 24 de julio de 2015

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 *Folio 99* *Registro 44181* *Fecha: 24 de julio de 2015*

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

Centro Panamericano De Capacitación

Bogotá D.C.

Acta de Grado

Sede Restrepo

Inscripción S.E. 00191
DANE. 51100180182

En la ciudad de Bogotá D.C. a los treinta (30) días del mes de Junio del año 2007, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del **CENTRO PANAMERICANO DE CAPACITACION SEDE RESTREPO** Institución aprobada hasta Nueva Orden en el nivel de Educación Media de Adultos y autorizada por la Secretaria de Educación Distrital. Para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica según Resoluciones No. 2660 de Agosto 30 de 2002 y 3853 de Diciembre 12 de 2003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media de adultos se procedió a otorgar el **TITULO DE:**

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS
T.I. No. 890605 – 72101 de Bogotá

Es fiel copia tomada del acta original general No. 12 de fecha 30/06/07 que consta de 107 graduandos que comienza con el nombre de **ACUÑA GONZALEZ SANDRA YULIED** y se cierra con el nombre de **ZUÑIGA IBARRA PATRICIA.**

Firmado y sellado por **ÁLVARO MORALES LÓPEZ** (Rector) y **MÓNICA HERAZO ACEVEDO** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los treinta (30) días del mes de Junio del año 2007.

Firmado y sellado

C.C. No. 19.229.809 de Bogotá
Rector

C.C. No. 52.053.985 de Bogotá
Secretaria



TEL.: 211 13 06

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

7/10/2019 8:32:26
a. m.

CARLOS ARTURO CASTILLO GARZÓN
Secretario Ejecutivo
OFICINA DE SERVICIO AL CIUDADANO

ALCALDIA MAYOR
BOGOTÁ, D.C.

SECRETARIA DE EDUCACIÓN BOGOTÁ. D.C.
OFICINA DE SERVICIO AL CIUDADANO

CERTIFICA:

Para todos los efectos legales y académicos en el exterior que la Institución que expide el presente documento, esta debidamente reconocida y autorizada por el Gobierno Nacional de Colombia.

No. De folios 01101121

Esta Oficina no asume responsabilidad alguna **por el contenido del documento.**

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 739

En Bogotá D.C., el 24 de julio de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 122 del 16 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ** con cédula de ciudadanía Número 1033710590 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 99, número 44181

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 24 de julio de 2015.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jose Luis Bernal Molinez 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:

Enfermero

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Jose Luis Bernal M

No. de documento: 1033710590

Tarjeta profesional No: 1033710590

Dirección de contacto: Calle 20sur # 12c-03

Teléfono: 3102263220

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

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) JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ, identificado(a) con CC. No. 1033710590, 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 1869 2021	25/01/2021	22/03/2021	$12.800.000
PS 2177 2020	01/02/2020	31/01/2021	$53.332.238
PS 3500 2019	27/02/2019	31/01/2020	$38.830.400

Contrato PS 1869 2021:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 2177 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 3500 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 12 de Marzo de 2021.

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

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con CamScanner

Clínica San Francisco de Asis

NIT. 900.613.550 – 5

CERTIFICA

Que el señor ***BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS*** *identificado(a) con cédula de ciudadanía* ***No 1.033.710.590****, labora en nuestra institución mediante contrato laboral a término indefinido como* ***JEFE DE ENFERMERIA-UCI,*** *desde el 18 de Julio de 2016 a la fecha. Con un salario base ($ 2.300.000)*

Se expide la presente a solicitud del interesado a los Trece (13) días del mes de Septiembre de 2018.

Cordialmente,

Clínica San Francisco de Asis
COORDINACION DE TALENTO HUMANO

Andrea Patricia Rodríguez Suarez
Coordinadora de Talento Humano

CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS
CALLE 16 # 16 – 80 TEL: 5190707 EXT 127 talentohumano@clinicasfa.com
BOGOTA - COLOMBIA

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

CESIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 489 DE 2018, CONTRATANTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA CEDENTE: CHON RODRIGUEZ MARIA BERENICE **CESIONARIO:** BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS

Entre los suscritos, **GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS**, domiciliado (a) en la ciudad de Bogotá D.C, identificado (a) con la C. de C 9.530.774 de Sogamoso quien en su calidad de Subdirector de Centro de Formación de Talento Humano en Salud, cargo en el que fue nombrado (a) mediante la Resolución No 01499 del 30 de Junio de 2004 y del cual tomó posesión con el Acta No. 01048 del 30 de Julio de 2004, actuando en nombre y representación del **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD,** con NIT899.999.034-1. Establecimiento Público del orden Nacional adscrito al Ministerio del Trabajo, en virtud de la delegación de funciones otorgada en la Resolución 2331 de 2013 (y la Resolución 69 de 2014 para Direcciones Regionales y Centros de Formación Profesional) o la que la modifique que en adelante se denomina **EL SENA** y de otra parte CHON RODRIGUEZ MARIA BERENICE identificado (a) con la C. de C. No. 51693663 de BOGOTA D. C., persona natural que en adelante se denomina el (la) **CEDENTE** y BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS identificado (a) con la C. de C. No. 1033710590 de BOGOTA, persona natural que en adelante se denomina el (la) **CESIONARIO (A)** hemos convenido celebrar la presente cesión del Contrato de Prestación de Servicios No 489 del 19/01/2018, previas las siguientes **CONSIDERACIONES**: **1.** Que el 19/01/2018, las partes suscribieron el contrato de prestación de servicios de la referencia, cuyo objeto es: *"Contratar la prestación de servicios personales de carácter temporal para impartir formación integral de manera presencial y/o virtual y demás actividades que se deriven de acuerdo a los niveles y especialidades del Centro de Formación de Talento Humano en Salud."* **2.** Que de conformidad con las cláusulas segunda y décimo tercera del contrato, para la ejecución del contrato se requiere de la firma del acta de inicio, lo cual no ocurrió debido que en esta fecha la **CEDENTE** presentó incapacidad médica ante la supervisora del contrato. **3.** Que la **CEDENTE,** mediante oficio con radicado No. 1-2018-000306 de fecha 12/04/2018, manifiesta su imposibilidad de iniciar la ejecución del contrato indicando lo siguiente: *"El motivo son circunstacias de salud y recomendaciones médicas"* y propone como cesionario a BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS **4.** Que el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993 señala que *"Los contratos estatales son "intuito persona" y en consecuencia una vez celebrados no pueden cederse sin previa autorización de la Entidad Contratante"*. **5.** Que la cláusula decima segunda del mencionado contrato, en consecuencia con la norma anteriormente mencionada, contempla en igual sentido los requisitos para ceder el contrato. **6.** Que MARTHA YADIRA TORRES RODRIGUEZ, supervisor del contrato, avala con la firma de este documento al CESIONARIO propuesto. **7.** Teniendo en cuenta lo anterior, se cederá el contrato a partir del 23/04/2018. **8.** Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, una vez revisada la hoja de vida y los documentos soporte del (de la) **CESIONARIO (A)** se establece que cumple con el perfil requerido, en cuanto a capacidad, idoneidad y experiencia para el desarrollo de las actividades objeto del contrato de conformidad con lo establecido en los estudios previos iniciales. **9.** Que es necesario para el SENA, que el objeto contractual se ejecute en su totalidad y sin dilaciones, por lo cual, analizadas las razones que impiden al contratista su ejecución, el Subdirector (a) de Centro, mediante comunicación escrita No. 2 – 2018 – 001737 del 13/04/2018 y mediante la firma del presente documento autoriza que el contrato sea cedido a a **BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS**, en consideración a lo estipulado en el inciso 3º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 y a la cláusula decima segunda del Contrato. **10.** Que debido a las consideraciones mencionadas anteriormente, se procederá a la liquidación parcial del Contrato. **11.** Que de conformidad con lo anterior, las partes proceden a la cesión del contrato conforme a las siguientes clausulas: **CLÁUSULA PRIMERA - AUTORIZACIÓN:** Mediante el presente documento EL SENA autoriza y acepta expresamente la cesión del Contrato de Prestación de Servicios No 489 de 19/01/2018 a favor de **BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS** identificado (a) con la C. de C. No. 1.033.710.590 de BOGOTA. **CLÁUSULA SEGUNDA - CESIÓN:** EL CEDENTE cede a favor del CESIONARIO el contrato de prestación de servicios No. 489 de 19/01/2018, con todos los derechos y obligaciones que del mismo se deriven a partir del 23/04/2018. **CLÁUSULA TERCERA - LIQUIDACIÓN PARCIAL:** Se procede a la liquidación parcial del Contrato de Prestación de Servicios No. 489 de 2018, cuyo compromiso presupuestal es el CRP-No. 8118 de 19 de enero de 2018, de acuerdo a la siguiente descripción:

ESTADO DE CUENTA	
Valor Total del contrato	$ 21.288.960
Valor bruto pagado al cedente	$ 0
Valor a pagar al cedente	$ 0
Saldo a ejecutar por el cesionario	$ 21.288.960

CDP-418

CLÁUSULA CUARTA – ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO: Debido a la no ejecución del contrato por parte del CEDENTE, el SENA no le adeuda valor alguno a la contratista. Así mismo el valor a ejecutar por parte del CESIONARIO es de VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS MTE ($21.288.960) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el **SENA** al **CESIONARIO**, por mensualidades de acuerdo al número de horas ejecutadas, cada una a razón de TREINTA MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS MTE **($30.720)** de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MTE ($1.658.880) correspondiente al mes de abril o proporcional al número de horas ejecutadas. b) Un segundo pago por valor de TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS MTE ($3.133.440) correspondiente al mes de mayo o proporcional al número de horas ejecutadas. c) Un tercero pago por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL

S-34518

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

CESIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 489 DE 2018, CONTRATANTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA CEDENTE: CHON RODRIGUEZ MARIA BERENICE CESIONARIO: BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS

CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MTE ($2.580.480) correspondiente al mes de junio o proporcional al número de horas ejecutadas. d) Un cuarto pago por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS MTE ($1.843.200) correspondiente al mes de julio o proporcional al número de horas ejecutadas. e) Un quinto pago por valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO VEINTE PESOS MTE ($2.949.120) correspondiente al mes de agosto o proporcional al número de horas ejecutadas. f) Un sexto pago por valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO VEINTE PESOS MTE ($2.949.120) correspondiente al mes de septiembre o proporcional al número de horas ejecutadas g) Un séptimo pago por valor de TRES MILLONES TRECIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS MTE ($3.317.760) correspondiente al mes de octubre o proporcional al número de horas ejecutadas. h) Un octavo pago por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS MTE ($2.856.960) correspondiente al mes de noviembre o proporcional al número de horas ejecutadas. **CLÁUSULA QUINTA – PAZ Y SALVO:** En las anteriores condiciones, el (la) CEDENTE y el SENA se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con el contrato de prestación de servicios No. 489 de 19/01/2018. **CLÁUSULA SEXTA - HONORARIOS:** Los honorarios mensuales establecidos en el contrato de prestación de servicios No. 489 de 19/01/2018, deberán ser consignados al CESIONARIO (A) en la cuenta de ahorros No.802112532 del Banco de Bogotá, cuyo titular es el (la) CESIONARIO (A). **CLÁUSULA SÉPTIMA – INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD:** El (La) CESIONARIO (A) declara bajo la gravedad del juramento que se entiende surtido con la firma de este contrato, que no se halla incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad, conflicto de intereses o impedimento, señaladas en la Constitución, la Ley o la normatividad vigente; declara igualmente que se encuentra a paz y salvo con el Tesoro Nacional y con el SENA, o que adeudándole no han vencido los términos para su pago y que no es deudor del Estado, o que si es deudor ha suscrito acuerdo de pago vigente. **CLÁUSULA OCTAVA - VIGENCIA:** Las cláusulas del Contrato de Prestación de Servicios No. 489 de 19/01/2018 objeto de la presente cesión conservan plena vigencia. **CLÁUSULA NOVENA - GARANTÍA:** El (La) CESIONARIO (A) deberá constituir la respectiva garantía única, conforme a los términos estipulados en la cláusula quinta del contrato y allegarla al SENA para su aprobación. **CLÁUSULA DÉCIMA - PUBLICIDAD:** De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015, el presente documento se publicará en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA** – Remítase la presente cesión al Grupo de Apoyo Administrativo Intercentros del Centro de Formación de Talento Humano en Salud para lo de su competencia. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente cesión se perfecciona con la firma de las partes e inicia su ejecución con la aprobación de la garantía, el registro presupuestal por parte del SENA y con la firma del acta de inicio correspondiente.

Se firma la presente acta en la ciudad de Bogotá D.C, el 20 ABR 2018

POR EL SENA

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
C. de C. 9.530.774 de Sogamoso.
Subdirector (a) de Centro

EL (LA) CEDENTE

CHON RODRIGUEZ MARIA BERENICE
C. de C. No. 51693663 de BOGOTA D. C.

EL (LA) CESIONARIO (A)

BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS
C. de C. 1033710590 de BOGOTA

Vbo. MARTHA YADIRA TORRES RODRIGUEZ
Cargo: Coordinadora de Servicios Asistenciales
Supervisor del Contrato

Proyectó: Gloria Mateus H – Apoyo Supervisión de Contratos
Revisó: Luz Piar Florez - Jurídica

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

COOPSIN

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVICIOS INTEGRALES COOPSIN
Nit : 830123989-8

COOPSIN C.T.A.

CERTIFICA QUE:

Que El(La) Señor(a) **BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1033710590 de Bogotá, se afilió a través de un convenio asociativo de trabajo indefinido con la cooperativa, a partir del 19 de noviembre del 2018 , percibiendo una compensacion ordinaria y unos fondos sociales agotables mensuales hasta por un total de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CINCUENTA PESOS MCTE**($3435050.oo). En calidad de trabajador asociado cumpliendo actividades específicas como: **JEFE SUPERVISORA DE ENFERMERIA** en el frente **PROCARDIO**.

La presente se expide a solicitud del trabajador asociado(a) 06 de enero del 2019 en Soacha.

DIANA ROMERO AVENDAÑO
Coordinadora

Nota: Certificación impresa desde sitio web, firma digitalizada, favor confirmar los datos en los teléfonos relacionados.

Dir : Calle 30 No. 6D - 04 Este Piso 4 - Cel : 310 333 1357 - Tel : 631 76 32
SOACHA - COLOMBIA

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.710.590**
BERNAL MARTINEZ

APELLIDOS
JOSE LUIS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1989**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

19-JUN-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00360503-M-1033710590-20120213 0029187469A 1 1301712028

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14496180717

(415)7707212489984(8020) 000001449618071 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033710590	1	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1033710590	2007/06/19

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERNAL	MARTINEZ	JOSE	LUIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal
CL 20 SUR 12 C 03

42. Correo electrónico magnate0527@hotmail.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3102263220	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2021/01/25	8692	2015/06/30			2224	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 11 / 15 : 15: 04

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 BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-03-2021 03:17:09PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

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:09/01/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 1033710590	JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 20 SUR 12C 03 Teléfonos: 3102263220

Dirección electrónica: jobernal0527@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/02/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (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: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (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 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

Scanned by CamScanner
Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1033710590

APELLIDOS Y NOMBRES
BERNAL MARTINEZ
JOSE LUIS



PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA 31 DIC 2019 | 2ª LINEA 31 DIC 2029 | 3ª LINEA 31 DIC 2039

PROFESIÓN EMPLEADO

FECHA DE EXP. 10-SEP-2007

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Proteccion Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.033.710.590
ENFERMERO
JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-07-24
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 2016-04-26

Crear4D.com | 821 3115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermeria

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermeria.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA – OCE
NIT No. 900061259-6

CERTIFICA QUE,

El enfermero **JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ**, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 1.033.710.590, recibió Tarjeta de Identificación Única Nacional de Talento Humano en Salud (tarjeta profesional de enfermería), y fue inscrito previamente en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) por la Organización Colegial de Enfermería - **OCE,** conforme a lo establecido en el artículo 24 de la Ley 1164 de 2007 (de la identificación única del talento humano en salud), Decreto 780 de 2016, el Decreto 4192 de 2010, y Resolución 0085 de 2015.

El enfermero profesional **JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ**, se encuentra inscrito en RETHUS desde el día 26 de Abril de 2016 y su estado a la fecha de hoy es vigente.

La presente se expide en Bogotá D.C., a los Diez y Seis (16) días del mes de Octubre del año Dos mil Diecinueve (2019), a petición del interesado.

Atentamente,

GLORIA STELLA ARENAS CADAVID
C.C. 32.534.950
Representante Legal (E)

Dirección: Transversal 28 A #37-75 Barrio la Soledad - Bogotá, Colombia Teléfono Celular: +57 3219282407 / +57 3167598693
Correo electrónico: oce@oceinfo.org.co Página Web.www.oceinfo.org.co

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

EL COORDINADOR DEL GRUPO DE EJERCICIO Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Qué **JOSE LUIS BERNAL MARTÍNEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.033.710.590 se encuentra inscrito(a) como ENFERMERO(A) en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, por lo que está autorizado (a) para ejercer dicha profesión en todo el territorio nacional, de conformidad con el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007.

Se expide la presente constancia en Bogotá D.C., a solicitud del interesado con destino al Ministerio de Relaciones Exteriores a los ocho días del mes de octubre de dos mil diecinueve (2019).

OSWALDO BARRERA GUAUQUE

Elaboró: vromero
Aprobó: OBarrera
ORFEO:201942401570942

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1033710590

Primer Nombre *

jose

Primer Apellido *

bernal

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2019-01-09→9:32:24 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1033710590	JOSE	LUIS	BERNAL	MARTINEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1033710590] JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ

2019-01-09→9:32:24 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2016/4/26	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **JOSÉ LUIS BERNAL MARTINEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.033.710.590, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de enero del año dos mil veintiuno (2021).

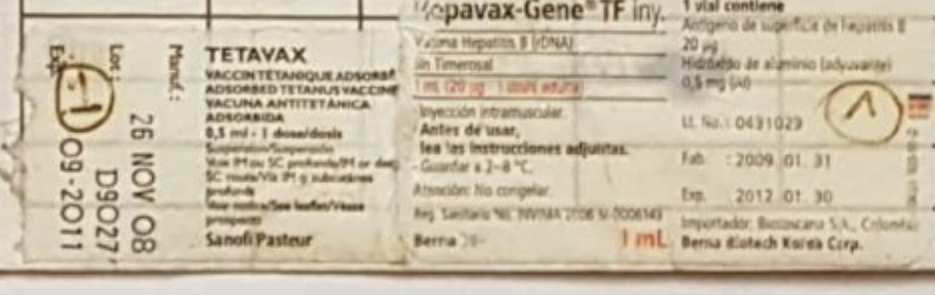
Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico	1	15 JUL. 2010		
	2	20 AGO 2010	0241900Zb	TANIA SALUD
	3	15 MAR 2011	0241901E	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15 JUL. 2010		
	2	20 AGO 2010	000401-0	TANIA SALUD
	3	05 NOV 2010	043104D	TANIA SALUD
		01 AGO 2011	035(9001	TANIA SALUD

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



Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

0300

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jose Luis

Apellidos: Bernal Martinez

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 1033710590

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 06 Año 1989

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	18 2 21	PFIZER	EN1194 30 621	SRCO Santa Clara	Jose Vargas	1033688 992
	2	11 3 21	Pfizer	EN1195 30 621	SRCO	Yairi Reyes.	1024519 263

Escaneado con CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	José	
Apellidos	Bernal Martinez	
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☐ PASA PORTE ☐	No. 1C 7/10590
Fecha de Nacimiento:	Día: ☐☐ Mes: ☐☐	Año: ☐☐☐☐

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE CARVAJAL

111403515

Nombre	BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS	Fecha de recepcion:	14-nov-2018 11:24 am
Identificacion	CC 1033710590 Tel. 3102263220	Fecha de impresion:	
Edad	29 Años 0 Meses 0 Dias Sexo M	Empresa	SEDE CALLE 49
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	PRINCIPAL
No. Ordenamiento		Fecha Validacion	14-nov-2018 4:52:00p.m.

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

DIANA CAROLINA OBANDO HERNANDEZ
CC 52.929.259
BACTERIOLOGA

ANDREA STHEFANY LEMUS MEZA
C.C 1.098.764.588
BACTERIOLOGA

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 2019-01-23 11:31:09
Fecha de cierre: 2019-01-23

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.	**Nit:** 830103479-8
Dirección	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana	
Teléfonos:	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	**e-mail:** controlarsalud@yahoo.com.mx



FECHA DE EXAMEN 2019-01-23
TIPO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ			Identificación CC	Nro 1033710590
Fecha de Nacimiento	1989-06-05	Edad	29	Sexo	M
Empresa	PARTICULAR				
Cargo	ENFERMERO				
Sucursal					
Profesión				Estrato	3
Composicion familiar	MAMA E HIJO	**Raza**	Mestiza		

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO

CONCEPTO	SIN RESTRICCIóN PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	ACTIVIDADES DE PREVENCION SEGUN SISTEMA DE GESTION DE LA EMPRESA
OBSERVACIONES	CONTROLES MEDICOS PERIODICOS Y DE NUTRICION

Controlar SALUD INTEGRAL SAS NIT. 830.103.479-8

Certifico que he comprendido, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.

Dr. Luis Enrique Florez Parra
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

LUIS ENRIQUE FLOREZ
RM: RM 118965/02 LIC S.O. 4335 DE 03/16
Firma y sello del médico evaluador

JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ
CC 1033710590
Firma del trabajador evaluado

Scanned by CamScanner

Escaneado con CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

FECHA:	12-03-2021	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bernal	Molinez	Jose	Luis.

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 ☐	1033710790	Bogota.		19-Junio-2007
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
05-06-1989	Bogota.		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) ☐	1	1	3102763220

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 20a1 # 12c-03	Bogota	Cundinamarca.	Colombia.	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
Jobanal0527@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐					
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐	NO ☐	NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)
		SI ☒		SI ☐		SI ☐	PRINCIPAL: 8699 SECUNDARIA:
		NO ☐		NO ☒		NO ☒	

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios Centro Oriente	900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 14B # 1-45 sur	3282828	Bogota	Cundinamarca	Colombia.

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	
	Enfermero		

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	3.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	90.000.000	DEUDA VEHICULOS	40.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	3.000.000	TOTAL EGRESOS	1.000.000	TOTAL ACTIVOS	90.000.000	TOTAL PASIVOS	40.000.000
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
Hernao	Rivera	Maria	Jose.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 49B #59-46	Bogota	Amiga	3102017974

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogota	Ahorros.	802112532	Restrepo	3077000.

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

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

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

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

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

Apoyo a la Gestion Como Enfermero

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 dias 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

Escaneado con CamScanner

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 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 Titulo 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 Indice Derecho

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

Escaneado con CamScanner

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**			

Escaneado con CamScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total de puntos 100/100

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

Dirección de correo electrónico *

jobernal0527@gmail.com

Documento de Identidad *

1033710590

Nombres y apellidos *

jose luis berna martinez

Escaneado con CamScanner

Bogotá, Enero 16 de 2021

Señor:
BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS
CC. 1033710590
CL 20 SUR 12 03 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 23 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
BERNAL HERNANDEZ LUIS ALEJANDRO	1021513869	T	Jun-21-2012	99	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
HENAO RIVERA MARIA JOSE	1023917301	C	Ene-1-2019	56	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS	1033710590	C	Jul-23-2010	127	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
A G M SALUD CTA	1033710590	Cooperados o Precooperativas de trabajo asociado	CERRADO
CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS SAS	1033710590	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVICIO	1033710590	Cooperados o Precooperativas de trabajo asociado	CERRADO
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO TALENTUM EN LIQUID	1033710590	Dependiente	CERRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	1033710590	Dependiente	CERRADO
INSTITUTO INGABO LTDA	1033710590	Dependiente	CERRADO
INSTITUTO INGABO LTDA	1033710590	Dependiente	CERRADO
JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ	1033710590	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ	1033710590	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ	1033710590	Trabajador Independiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1033710590	Dependiente	CERRADO
QUICK HELP S A S	1033710590	Dependiente	CERRADO
SANTA LAURA IPS S A S	1033710590	Dependiente	VIGENTE
U.B.A. NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN E.S.E	1033710590	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO

Escaneado con CamScanner

GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Escaneado con CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ identificado(a) con C.C No. 1.033.710.590, 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 16 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

Escaneado con CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.033.710.590	Positiva
Numero de Documento	ARL

Jose	Luis	Bernal	Martinez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

05-Junio 1989	Bogota	Calle 20 sur # 12C-03	4790102
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud Total	Colfondos	S
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermero
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Jobernal0527@gmail.com
Correo Electrónico

3102263220
Celular

Joselus Bernal
Firma del Afliado

Viviana P. Clavijo C.
C.C. No. 52.431.208 Bta
Enfermera RUAF

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.208

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 158647220

WEB
09:46:42

Bogotá DC, 16 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033710590:

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.

Escaneado con CamScanner

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 sábado 16 de enero de 2021, a las 09:48:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033710590
Código de Verificación	1033710590210116094803

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Escaneado con CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4138450

BogotÃ¡ D.C., 16 de Enero de 2021 - 9:48 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) **JOSE LUIS BERNAL MARTINEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS NOVENTA** de BOGOTA D.C.

1033710590

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: 1_7U4EV_489
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Escaneado con CamScanner

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 09:51:48 horas del 16/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033710590**

Apellidos y Nombres: **BERNAL MARTINEZ JOSE LUIS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Volver al Inicio

Escaneado con CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JOSE BERNAL, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.033.710.590 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 802112532, abierta/o desde el 24/2/2016.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Enero del año 2021



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Escaneado con CamScanner