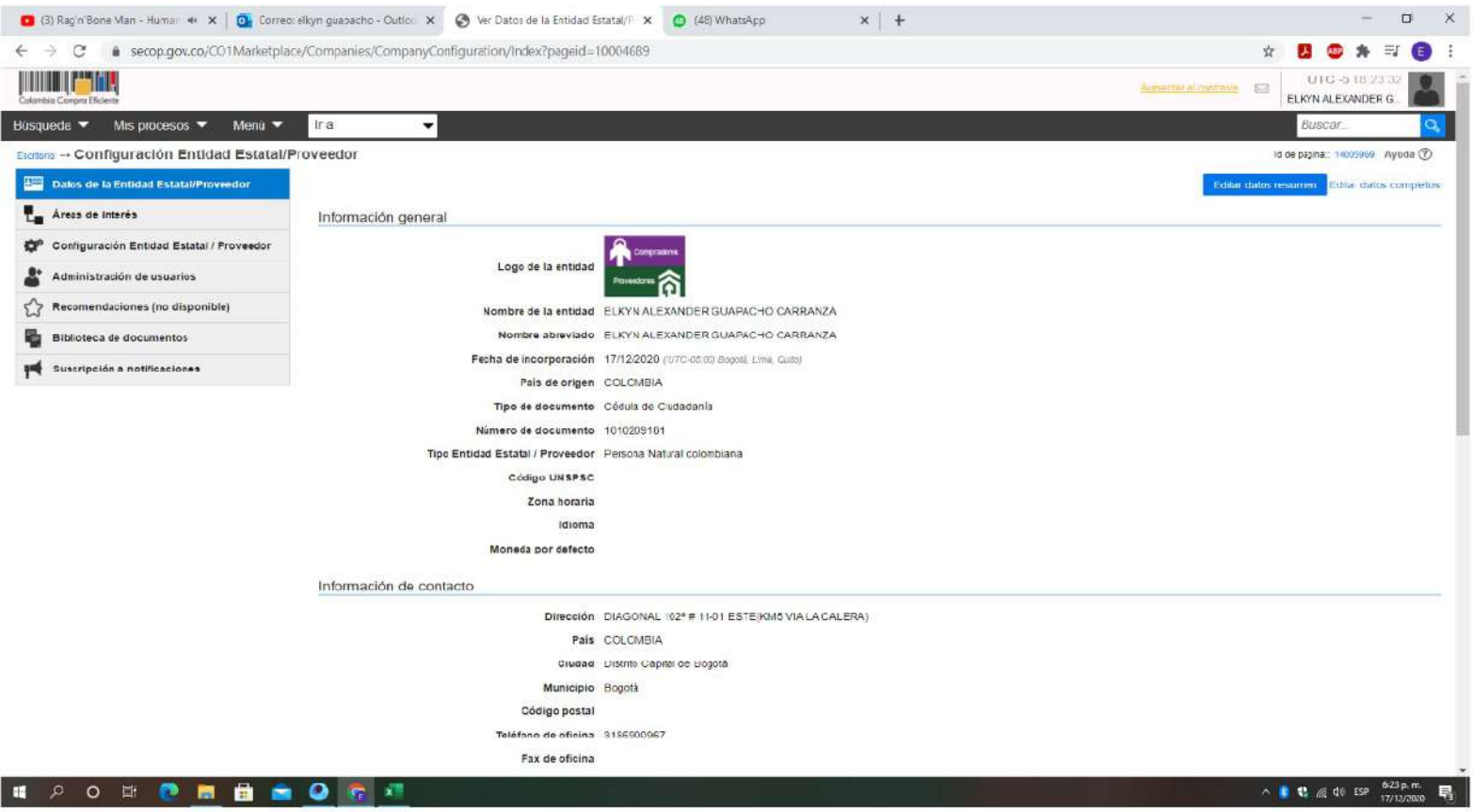



(3) Rag'n'Bone Man - Human
Correo: elkyn guapacho - Outlook
Ver Datos de la Entidad Estatal/P
(48) WhatsApp
secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=10004689
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
ELKYN ALEXANDER G...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
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
Compradores
Proveedores
Nombre de la entidad ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA
Nombre abreviado ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA
Fecha de incorporación 17/12/2020 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen COLOMBIA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1010209101
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
Información de contacto
Dirección DIAGONAL 102ª # 11-01 ESTE(KM5 VIA LA CALERA)
País COLOMBIA
Ciudad Distrito Capital de Bogotá
Municipio Bogotá
Código postal
Teléfono de oficina 3166900967
Fax de oficina
ESP
6:23 p. m.
17/12/2020

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: 22-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GUAPACHO	CARRANZA	ELKYN ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010209181	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 93070507160 D.M cmcjjr

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES JUL AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DIAGONAL 102ª # 11-01 ESTE(KM5 VIA LA CALERA)

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2767216

EMAIL elkynalexander@outlook.es

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 colegio militar
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 2009

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	5	2020	1010209181

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

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: 22-mar-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* enlacethcorferias@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 1 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO enfermero	*DEPENDENCIA* uci		*DIRECCIÓN* cra14b#1-45

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	0	2
Total	0	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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).

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: 22-mar-2021

22-MAR-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento
BOGOTA

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: 27-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1010209181 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección DIAGONAL 102ª # 11-01 ESTE(KM5 VIA LA CALERA) **Teléfonos** 3508999247 2767216

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
rosa delosangeles carranza alvarez	51659645	Madre
juan david guapacho salazar	1028872638	Hijo(a)
jorge eliecer guapacho carranza	5899710	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	$ 2.800.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 1.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 1.600.000,00
ARRIENDOS	$ 600.000,00
HONORARIOS	$ 3.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 250.000,00
TOTAL	$ 9.450.000,00

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
Bancolombia	Cuenta de ahorros	04586550263	virtual	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0.00

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: 27-ene-2021

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
leidy johanna vargas martinez	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1022369912

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. 27-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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 21 de 03 de 2021

Cordialmente,

EDWIN GUAPACHO

C.C. 1010209181 Bta

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

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

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

Adicionalmente me comprometo a:

_____

_____

_____

Nombre: JUAN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

Documento: 1010209181 Bta

Cargo: ENFERMERO

Fecha: 21-3-21

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia,
y en su nombre, el

Colegio Militar
"Coronel Juan José Rondón"

de Funza, Cundinamarca,

autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 001164 del 24 de Agosto de 2000,

Confiere a:

Elkyn Alexánder Guapacho Carranza

Identificado con T.I. No. 930705-07160 de Bogotá D.C., Cundinamarca

El Título de

Bachiller Técnico
Con Orientación Militar

por haber cursado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica,
(Artículo 28 Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes.

Nancy Ruiz de León
Rectora

Sara Hercilia López Vidueñes
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO MILITAR "CORONEL JUAN JOSÉ RONDÓN"

Calle 15 No. 2C-20 Teléfono: 825 73 29

Funza, Cundinamarca

DANE No. 32528600602 ICFES No. 041327

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Funza, Cundinamarca, el día 25 de Noviembre de 2009, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por las suscritas Rectora y Secretaria, en el cual el Colegio Militar "Coronel Juan José Rondón" confirió el título de:

BACHILLER TÉCNICO

Con Orientación Militar

a:

Elkyn Alexánder Guapacho Carranza

Identificado con T.I. No. 930705-07160 de Bogotá D.C., Cundinamarca

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de Bachiller Técnico con Orientación Militar, según Resolución No. 001164 del 24 de Agosto de 2000.

Es fiel copia del Acta No. 046 en lo pertinente.

En Funza, Cundinamarca, a los 25 días del mes de Noviembre del año 2009

Firmada y Sellada.

NANCY RUIZ DE LEÓN
C.C. No. 41.624.660 de Bogotá
Rectora

SARA HERCILIA LÓPEZ VIDUEÑES
C.C. No. 20.947.210 de Sopó
Secretaria

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

C.C. Nº. 1010209181 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

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 29 de Julio de 2020

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 12 · Folio 132 · Registro 72779 · Acto No. 908 · Fecha 29 de Julio de 2020 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-023698

Código Seguro de Verificación: RQphwAE9SbqDH9R

Escaneado con CamScanner

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Fundación Universitaria del Área Andina
ACTA DE GRADO No. 908

En Bogotá D.C., el 29 de julio de 2020 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 029 del 13 de julio de 2020, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, la Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Paola Ruiz Díaz y la Secretaria General, Doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA**, identificado con C.C. No. 1010209181 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 Tomo 12, Folio 132, Registro 72779

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., a los 29 días del mes julio de 2020.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

Escaneado con CamScanner

CEFMED-SST

CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

NIT:1075275666-9

BIO SEGURIDAD

Código
BOG-BIO197

HACE CONSTAR QUE:

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

C.C. No 1.010.209.181

Cursó y Aprobó la Acción de Formación

BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA

Decreto 1075 DE 2015, Parte 6, Titulo 6, Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional intensidad de 20 horas, en constancia se firma en Bogotá a los 31 días del mes de Agosto del 2020 licencia en Salud Ocupacional Resolución 12657 emitida por la directora de calidad de servicios de salud de la Secretaria Distrital de salud Bogotà D.C

Vigencia Dos (2) años a partir de la fecha de expedición

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
CARLOS EDUARDO ZAMORA LÓPEZ
REPRESENTANTE LEGAL
PROFESIONAL SST

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
MARIA OLIVA MARTÍN BABATIVA
ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO

Link de verificación https://www.acorlabsas.com

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT:1075275666-9

BLS

Código
BOG-HUSS072

HACE CONSTAR QUE:

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

C.C. No 1.010.209.181

Cursó y Aprobó la Acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Decreto 1075 DE 2015, Parte 6, Titulo 6, Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional intensidad de 40 horas, en constancia se firma en Bogotá a los 02 días del mes de Julio de 2020 licencia en Salud Ocupacional Resolución 12657 emitida por la directora de calidad de servicios de salud de la Secretaria Distrital de salud Bogotá D.C

Vigencia Dos (2) años a partir de la fecha de expedición

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
CARLOS EDUARDO ZAMORA LÓPEZ
REPRESENTANTE LEGAL
PROFESIONAL SST

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
LILIANA ANDREA SUAREZ HERNÁNDEZ
PSICÓLOGA UNI. COOPERATIVA DE COLOMBIA
Resolución 193406

Link de verificación https://www.acorlabsas.com

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CARNÉ DE PROTECCION RADIOLOGICA

No. **14401-**

ELKYN ALEXANDER
GUAPACHO CARRANZA
I.D. 1010209181

AUXILIAR EN ENFERMERIA

CATEGORIA 1

Expedicion 18/09/2018
Vencimiento 17/09/2022

Escaneado con CamScanner

Educación no formal según decreto 1075 del 2015 art 2,6,2,8 y decreto 2150 art 47

de la secretaría de educación

Nit : 901011664-6

Hace constar que:

Elkyn Alexander Guapacho Carranza

T.C 1.010.209.181

Asistió al Curso Taller:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI

Dado en Bogotá D.C. a los 08 días de Junio de 2019, con una Duración de 120 horas, curso desarrollado bajo las Guías 2015 de los comités Nacionales e Internacionales, dictado al personal de salud.
Resolución 2003 del Ministerio de Protección Social.

Oscar Espinosa	Dayana Rivera	Claudia Rendón
Director General	L.C.D	Director Operativa

Email: soportevitalparamedico@gmail.com Contactos 3209813272 / 3204412364 / 3132212115

HQSP
Health Quality Services and Products S.A.

HEALTH QUALITY SERVICES AND PRODUCTS

OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

CC 1010209181

Quien asistió a:

Curso IMPELLA – La bomba de corazón mas pequeña del mundo "Asistencia Ventricular"

Con una intensidad horaria de 5 horas

Bogotá D.C., 8 de Noviembre de 2013

Juan Jose Muñoz Mariño
Gerente General
Health Quality Services and Products

Constanza Coca Jacobo
Gerente Nacional de Ventas
Health Quality Services and Products

Asociación

SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

LA ASOCIACIÓN SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Certifica que:

Elkyn Alexander guapacho carranza .

Culminó el



Puntaje CAMEC: 40 puntos

octubre 8, 2019

ADALBERTO ELIAS QUINTERO BAIZ, MD.
Presidente
Asociación Sociedad Colombiana de Cardiología
y Cirugía Cardiovascular

ENRIQUE MELGAREJO ROJAS, MD.
Coordinador, Grupo de Trabajo Medicina Vascular
Asociación Sociedad Colombiana de Cardiología
y Cirugía Cardiovascular

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA 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, EMYN ALEXANDER GOMPACHO CARRANZA 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 EMYN GOMPACHO

No. de documento: 1010209181

Tarjeta profesional No: 1010209181

Dirección de contacto: EMYNALEXANDER@OUTLOOK.ES

Teléfono: 3508999247

Escaneado con CamScanner

Medical

A QUIEN INTERESE

Con la presente le **INFORMAMOS** que el señor(a) **ELKIN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.010.209.181**, laboró en nuestra compañía **CLINICA MEDICAL SAS** con Nit. **830.507.718-8**, desde el 05 de diciembre de 2017 al 12 de septiembre de 2019; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con contrato a término Indefinido y un ingreso mensual básico de **UN MILLON DE PESOS ($1,000,000) MCTE**

Dada en Bogota, a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Febrero de 2020

Cordialmente,

NATHALY FRAILE TAPIERO

COORDINADORA TALENTO HUMANO



DIODIAGNOSTICO S.A.S.

NIT.: 900.339.428-1

A QUIEN INTERESE

Con la presente le **INFORMAMOS** que el señor(a) **ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.010.209.181**, laboró en nuestra compañía **DIODIAGNOSTICO** con Nit. **900.339.428-1**, desde el 22 de diciembre de 2017 al 26 de abril de 2019; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con contrato a término Indefinido y un ingreso mensual básico de **UN MILLON DE PESOS ($1,000,000) MCTE**

Dada en Bogota, a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Febrero de 2020

Cordialmente,

NATHALY FRAILE TAPIERO

COORDINADORA TALENTO HUMANO

Oficinas: Calle 37 sur No. 78-21 - Clinica: Calle 35 C sur No. 75-69
Celular: 3175139900 - Bogotá, D.C. - Colombia

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) ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA, identificado(a) con CC. No. 1010209181, 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
PS 1874 2021	16/02/2021	22/03/2021
PS 1011 2021	13/01/2021	19/01/2021

Contrato PS 1874 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 1011 2021:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÒN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÒN Y LA VISIÒN 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 22 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

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 1.010.209.181

GUAPACHO CARRANZA

APELLIDOS

ELKYN ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUL-2011 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00587258-M-1010209181-20140609 **00389**82700A 1 1232917568

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14670553440

(415)7707212489984(8020) 000001467055344 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 2 0 9 1 8 1	2 0 1 1 0 7 0 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUAPACHO	CARRANZA	ELKYN	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 8 C # 92 72

42. Correo electrónico: elkynalexander@outlook.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 6 9 0 0 9 6 7	

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
8 6 9 9	2 0 2 1 0 1 1 5	0 0 1 0	2 0 2 0 0 2 0 2					

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 2 2	4 9																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 03

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 OBANDO PIZA CARLOS ALBERTO
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BOGOTA

10 FEBRERO 2021

Sres SUB RED CENTROORIENTE

COMPROMISO

por medio de la presente me comprometo a diligenciar tramite de RIT requerido en el proceso de selección para el hospital santa clara en los próximos días de acuerdo a cita en super cade debido a que este proceso es de manera virtual con tiempos de espera prolongados.



ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

ENFERMERO PROFESIONAL

CC1010209181

Escaneado con CamScanner

39221

REDMI NOTE 8 PRO
AI QUAD CAMERA

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos

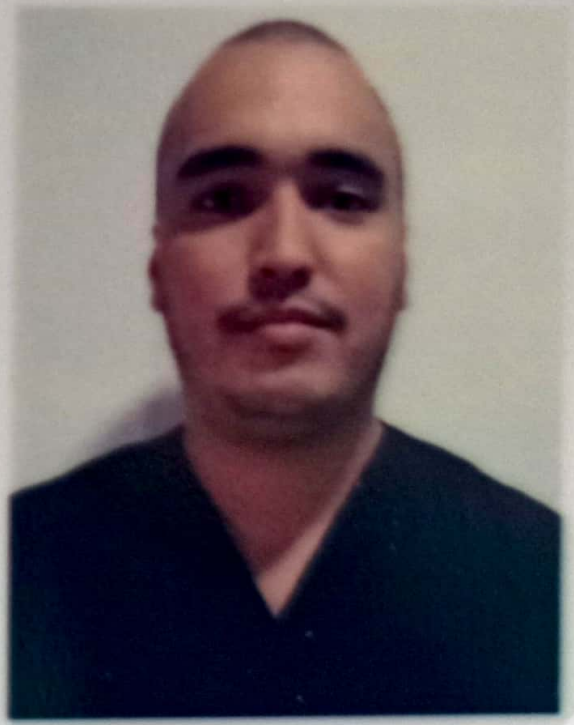
Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO



ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

C.C. 1.010.209.181

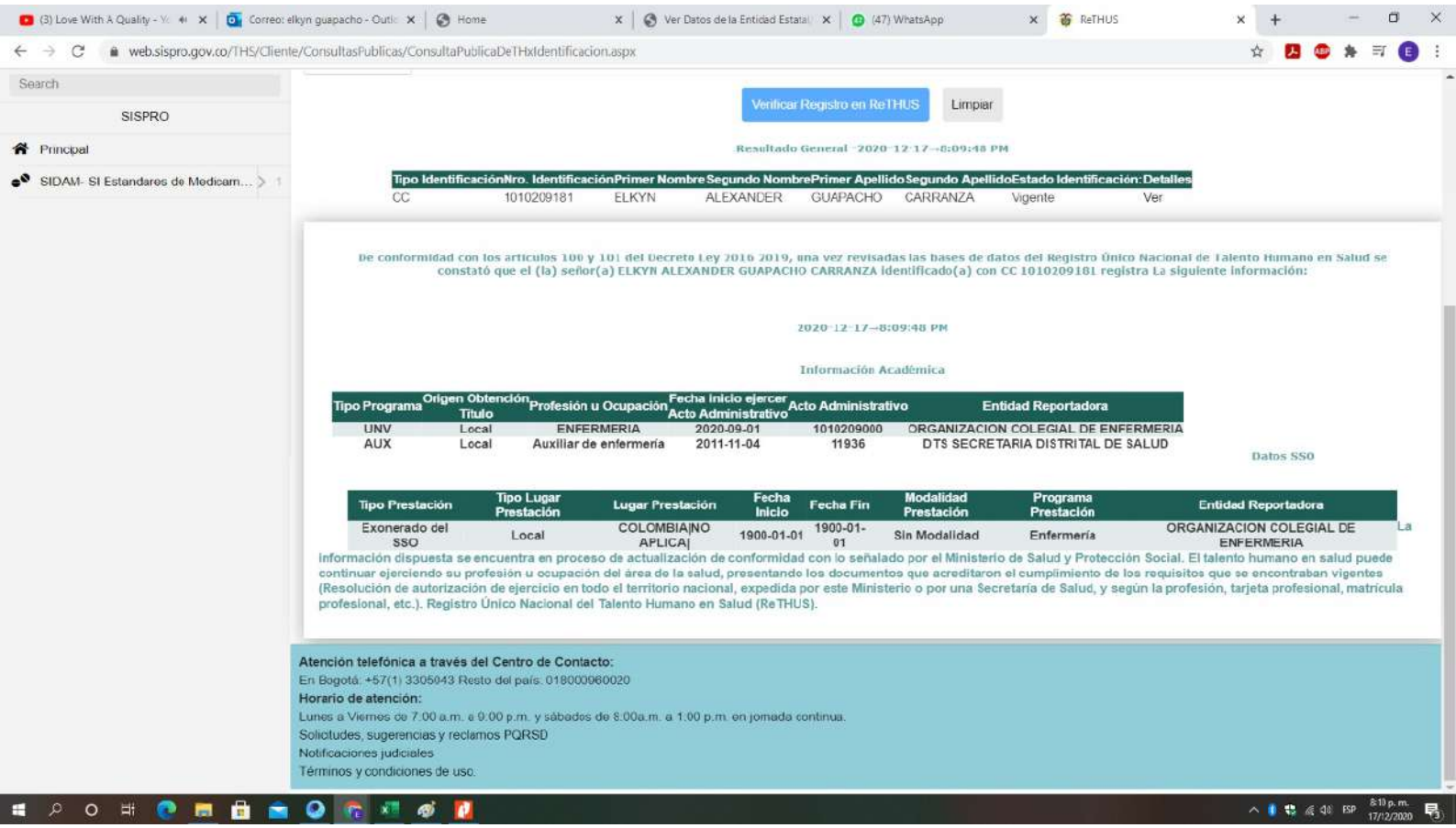
Fundacion Universitaria Del Area Andina

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición Diploma: 29/07/2020

Fecha de Inscripción en Rethus: 01/09/2020

Escaneado con CamScanner



(3) Love With A Quality - Y | Correo: elkyn guapacho - Outlo | Home | Ver Datos de la Entidad Estatal | (47) WhatsApp | ReTHUS

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2020-12-17--8:09:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1010209181	ELKYN	ALEXANDER	GUAPACHO	CARRANZA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA identificado(a) con CC 1010209181 registra La siguiente información:

2020-12-17--8:09:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2020-09-01	1010209000	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	Auxiliar de enfermeria	2011-11-04	11936	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	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).

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

ESP 8:10 p. m. 17/12/2020

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.010.209.181, 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 del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diez (10) días del mes de febrero del año dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MEDIDIAGNOSTICO SAS

NIT 900.644.566-5

30020964

Paciente : ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA
Doc. Id : 1010209181
Edad/Sexo : 24 / M
Remisión : 30020964

Médico : MEDICOS VARIOS
Cama : 302
Fecha Recepción : 2018-04-19 15:19:15
Fecha Impresión : 2018-04-23 12:06:56

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
Hepatitis B-Antic. Contra HBS	676.9	mUI/ml Resultado:	
Tecnica utilizada: Electroquimioluminiscencia No Reactivo de 0 a 10 mUI/ml Reactivo de 10 a 1000 mUI/ml			
Hor. Estimulante de la Tiroides-TSH	3.56	uUI/ml 6 Años - 18 Años: 0.39 - 6.16 uUI/ml Adultos : 0.25 - 5.01 uUI/ml Quimioluminiscencia	

Validado por:

JUAN CAMILO DIAZ

1033683101

QUIMICA			
Transaminasa Glutamico Piruvica-ALT	24	U/L VR hombres Hasta 40 U/L VR mujeres hasta 32 U/L	
Transaminasa Glutamico Oxalacetica	23	U/L VR en hombres hasta 38 U/L VR en mujeres hasta 31 U/L	
Nitrogeno Ureico	11.2	mg/dl	7 - 21 mg/dl
Urea	24.01	mg/dl	15 - 39 mg/dl
Creatinina	0.93	mg/dl Hombres: 0.7 - 1.4 mg/dl Mujeres: 0.6 - 1.1 mg/dl	

Validado por:

JUAN CAMILO DIAZ

1033683101

...y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Scanned by CamScanner

MEDIDIAGNÓSTICO

MEDIDIAGNOSTICO SAS

NIT 900.644.566-5

[redacted]

30020964

Paciente : ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA
Doc. Id : 1010209181
Edad/Sexo : 24 / M
Remisión : 30020964

Médico : MEDICOS VARIOS
Cama : 302
Fecha Recepción : 2018-04-19 15:19:15
Fecha Impresión : 2018-04-23 12:06:56

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
Hepatitis B-Antic. Contra HBS	678.9	mUI/ml Resultado:	
Tecnica utilizada: Electroquimioluminiscencia No Reactivo de 0 a 10 mUI/ml Reactivo de 10 a 1000 mUI/ml			
Hor. Estimulante de la Tiroides-TSH	3.56	uUI/ml 6 Años - 15 Años: 0.39 - 6.16 uUI/ml Adultos : 0.25 - 5.01 uUI/ml Quimioluminiscencia	

Validado por:

JUAN CAMILO DIAZ

1033663101

QUIMICA			
Transaminasa Glutamico Piruvica-ALT	24	U/L VR hombres Hasta 40 U/L VR mujeres hasta 32 U/L	
Transaminasa Glutamico Oxalacetica	23	U/L VR en hombres hasta 38 U/L VR en mujeres hasta 31 U/L	
Nitrogeno Ureico	11.2	mg/dl	7 - 21 mg/dl
Urea	24.01	mg/dl	15 - 39 mg/dl
Creatinina	0.93	mg/dl Hombres: 0.7 - 1.4 mg/dl Mujeres: 0.6 - 1.1 mg/dl	

Validado por:

JUAN CAMILO DIAZ

1033663101

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Parotiditis		TRIPLE VIRAL		
Sarampión Rubéola	Única	10 · OCTUBRE 2014		
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	20 SEPTIEMBRE 2014		
	2	10 OCTUBRE 2018		
	3	10 ABRIL 2019		
	Refuerzo			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras	HEPATITIS A	1ra. 20 SEPTIEMBRE 2014 2da. PM d. GTE $ 273.500		

Scanned by CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Elkyn Alexander				
Apellidos:	Guopacho Carranza				
Documento de identidad:	C.C. X	T.I.	Pasaporte	No.	1070209181
Fecha de Nacimiento:	Día.	Mes.	Año.		

Scanned by CamScanner

Certificado de Aptitud Medica Ocupacional

SERGIO PINZÓN ARAUCA

Historia N° 1010209181 **Tipo identificación** CC



Paciente Elkyn Alexander Guapacho Carranza

Edad 27 años 2 meses 2 dias **Fecha** lunes, 7 de septiembre de 2020 09:43:55

Entidad Particulares

Empresa Contratante CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO

Cargo / Habilidad / Oficio a desempeñar
ENFERMERO

Examen Medico Ocupacional de: Ingreso

Apto *PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA PARA LA LABOR*

Aptitud Especifica:

- ☐ vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga

Tipo de Restriciones:

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bípeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Movimientos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente

Recomendaciones
VISIOMETRIA: NORMAL
EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NORMAL

CONCEPTO: APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA PARA LA LABOR

SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 45 MINUTOS Y REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE. HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
SE RECOMIENDA CONTROL NUTRICIONAL Y REDUCCIÓN DE PESO POR SOBREPESO.

Sergio Pinzón Arauca
Médico Especialista Salud Ocupacional
CC. 80.029.317
Licencia 1674 - 2013

SERGIO PINZÓN ARAUCA
RM. 99-630

Elkyn Guapacho
1010209181

Direccion: Calle 53 # 73 - 58 Normandia segundo sectorTelefonos: 4702061 - 2952165 - 3134968715

Escaneado con CamScanner

La Escuela para Auxilares de Enfermería San Rafael
miembro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

CERTIFICAN QUE:

Elkyn Alexander
Guapacho Carranza
C.C. N. 1010209181

FINALIZÓ CON ÉXITO 60 HORAS DEL CURSO

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Patricia Gómez M.
Directora

EAESR58217819

ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios PROVINCIA COLOMBIANA

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael BOGOTÁ | COLOMBIA

Bogotá, 20 de enero de 2021

CEFMED-SST

CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Cursó y aprobó la acción de formación en

SOPORTE VITAL AVANZADO "ACLS"

ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

CC.1.010.209.181

EXPEDICIÓN

JUNIO 27 DEL 2020

Con vigencia máxima de dos (2) años a partir de la fecha de expedición

Código Individual de Validación

BOG-SVA094

Este carnet es de uso personal e intransferible y acredita al portador como persona formada en soporte vital básico (SVA)ACLS

CEFMED-SST

CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

NIT: 1075275666-9

Intensidad
48 Horas

CARLOS EDUARDO ZAMORA LÓPEZ

REPRESENTANTE LEGAL
PROFESIONAL SST

CEFMED-SST

CENTRO DE FORMACION MEDICO Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

NIT:1075275666-9



Código
BOG-SVA094

HACE CONSTAR QUE:

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

C.C. No 1.010.209.181

Cursó y Aprobó la Acción de Formación

ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT

SOPORTE VITAL AVANZADO "ACLS"

Decreto 1075 DE 2015, Parte 6, Titulo 6, Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional intensidad de 48 horas, en constancia se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Junio del 2020 licencia en Salud Ocupacional Resolución 12657 emitida por la directora de calidad de servicios de salud de la Secretaria Distrital de salud Bogotà D.C

Vigencia Dos (2) años a partir de la fecha de expedición

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
CARLOS EDUARDO ZAMORA LÓPEZ
REPRESENTANTE LEGAL
PROFESIONAL SST

Link de verificación https://www.acorlabsas.com

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
LUIS CARLOS GARCÍA VILLARRUEL
Médico UNI.SURCOLOMBIANA
S – 41147/11

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:	21-3-21	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
GUATACHO	CARRANZA	ELKYN	ALEXANDER

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 ☐	1010209181	BOGOTA	CUNDINAMARCA	8-07-2011
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
05-07-1993	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	0	0	

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
LOTE 180 VIA CALERA	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3508999247

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
elkynalexander@outlook.es		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 CIIU 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 ☐

Escaneado con CamScanner

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUB RED CENTRO ORIENTE	900858051-7

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	3282885	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERO	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	15-01-2021

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2600000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	3086000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	16000000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	3086000	TOTAL EGRESOS	2600000	TOTAL ACTIVOS	16000000	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VARGAS	MARTINEZ	LEIDY	JOHANNA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
C/18C#92-72	BOGOTA	AMIGA	3153044432

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	AHORROS	01586552263	KENEDY	01-800-0112345

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 ORIENTL		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

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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.

Escaneado con CamScanner

sarlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona [illegible] ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de [illegible] en desarrollo de lo previsto en el literal e) del [illegible] de esta autorización. En todo [illegible] las [illegible]

9.AUTORIZACIÓN [illegible]

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del 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.

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)
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.**AUTORIZACION: 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 EVELYN GARACHO Firma Cliente / Representante Legal Huella Índice Derecho

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

Escaneado con CamScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDU × POST TEST INDUCCIÓN - REINDU × +

T6H31JCRG810C7tunJ4EY8Mn5WcrSTg5v1Yw/viewscore?viewscore=AE0zAgBbc9qPS_M0BonoTkLuQJ-Z6



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 *

elkynalexander@outlook.es

Documento de Identidad *

1010209181

Nombres y apellidos *

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010209181
NOMBRES Y APELLIDOS	Guapacho Carranza,Elkyn Alexander
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	09/12/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Guapacho Carranza,Elkyn Alexander, a los 27 días del mes de enero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

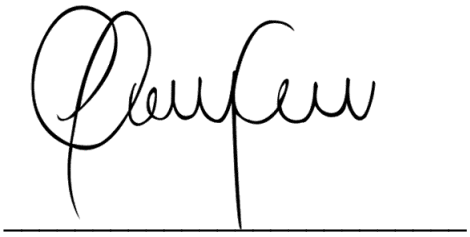
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.209.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ***¿por qué?*** *porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

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

1010209181 Numero de Documento	Bolivar ARL

EDWYN Primer Nombre	ALEXANDER Segundo Nombre	GUAPACHO Primer Apellido	CARRANZA Segundo Apellido

05-07-1993 F. Nacimiento dd/mm/aa	BOGOTA Ciudad de Nacimiento	lote 180 VIA CALERA Dirección de Residencia	3186900967 Teléfono Fijo

SANITAS EPS - Salud	PORVENIR AFP - Pensiones	$ Honorarios

ENFERMERO Objeto Contractual (Cargo)	 Fecha Inicio del Contrato

EDWYNALEXANDER@OUTLOOK.ES Correo Electrónico	3508999247 Celular

EDWYN GUAPACHO Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato C.C.

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 159613493

WEB
18:44:00

Bogotá DC, 27 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) ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010209181:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 27 de enero de 2021, a las 18:40:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1010209181
Código de Verificación	1010209181210127184012

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4365679

Bogotá D.C., 22 de Marzo de 2021 - 0:30 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) **ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y UNO** de BOGOTA D.C.

1010209181

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_77K9H_300
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 11:17:04 horas del 07/09/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1010209181**

Apellidos y Nombres: **GUAPACHO CARRANZA ELKYN ALEXANDER**

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.

Certificado Bancario

Sabado, 22 de Agosto de 2020

Señores
ADECCO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA identificado(a) con CC 1010209181, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	04586550263	2017/12/19	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

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:23/03/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 1010209181	ELKYN ALEXANDER GUAPACHO CARRANZA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 8 C # 92 72 Teléfonos: 3186900967

Dirección electrónica: elkynalexander@outlook.es Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 23/03/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

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

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 15/01/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8699 - Otras actividades de atención de la salud humana

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

ISO 9001 SGS CO18/8129