Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Masculino
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sr.
Nombre completo	WALTER STEVE
Nombre y apellido	WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1023031468
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	CALLE 49 D SUR NO 10 - 06 BQ 3 APA 201
Código postal	+57
Estado	
Municipio	BOGOTA D.C

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: 01-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
JIMENEZ	BARRERA	WALTER STEVE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023031468

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES NOV AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 112 A SUR NO 10 - 26

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9421547

EMAIL waltersjb1998@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2016
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Sistema de gestion en seguridad y salud en el	FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	2021	159
Entrenamiento básico en UCI con énfasis en	ASCOFAME	2020	12
Gestión operativa de la donación de órganos	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	2019	40
Estrategia IAMII	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	2019	40
Buenas prácticas en seguridad del paciente	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	2019	72
Primeros auxilios básicos	SABER SALUD	2019	40
Soporte vital básico	SABER SALUD	2019	20

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: 01-mar-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Atención Integral A Víctimas De Violencia Sexual Y	SABER SALUD	2019	40
Técnico Laboral En Auxiliar De Enfermería	INGABO	2017	1800
Técnico Laboral En Salud Pública	INGABO	2017	1700

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*
COLTEMPORA S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	recursoshumanos@grupocoltempora.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2854520	DIA 26 MES 1 AÑO 2021	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE TRANSPORTE	BOGOTA	CALLE 33 NO 6 B 24

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COLTEMPORA S.A		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	recursoshumanos@grupocoltempora.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2854520	DIA 26 MES 1 AÑO 2020	DIA 25 MES 1 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE TRASLADO	UCI	CALLE 8 NO 0 - 29

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: COLTEMPORA S.A	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: recursoshumanos@grupocoltempora.com	
TELÉFONOS: 2854520	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 8 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA 25 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE TRASLADO	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 8 NO 0 - 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Apoyos Integrales en salud	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: apoyosintegralesensalud@gmail.com	
TELÉFONOS: 2512019	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 2 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 6 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: CAMILLERO	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS, HOSPITALIZACION, UCI	*DIRECCIÓN*: CALLE 67 NI 14 A 14	

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	4	10
Pública	0	0
Total	4	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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: 01-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 DC
01 MAR 2021

WALTER J. JIMENEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 01-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023031468 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 112 A SUR NO 10 - 26 **Teléfonos** 3103634440 9421547

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NUBIA MERCEDES BARRERA BLANCO	52297168	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	$ 1.100.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 100.000,00
ARRIENDOS	$ 700.000,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 300.000,00
TOTAL	$ 2.200.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	476170019212	Bogota	$ 2.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	UNIVERSIDAD	$ 210.000,00
FAMILIA	PRESTAMOS DE UNIVERISIDAD	$ 20.000.000,00

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

WALTER JIMENEZ

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 01-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 02 de 03 de 2021

Cordialmente,

WALTER JIMENEZ
C.C. 1023031468.

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como Servidor Público 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 Código de Integridad de la Subred 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 servidor público.
- Actuar bajo los lineamientos del código de integridad, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

_____

_____

_____

Nombre: WALTER JIMENEZ BARRERA

Documento: 1023031468

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha: 02. MAR20. 2021

La República de Colombia
Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
Secretaría de Educación
y en su nombre, el

Colegio Distrital Luis Eduardo Mora Osejo I.E.

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resoluciones No. 2528 del 27 de agosto de 2002 y No. 2468 del 15 de junio de 2007

Otorga a:

Walter Steve Jiménez Barrera

T.I. No. 98110562004 de Bogotá, D.C.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media y haber sido promovido(a) de acuerdo a la Ley

Pablo Antonio Bonilla Acosta
C.C. No. 79.416.307 de Bogotá, D.C.
Rector

Nidia Angélica Garzón Melo
C.C. No. 52.823.716 de Bogotá, D.C.
Secretaria

Registro Interno Acta No. 17 Folio No. 038

Dado en Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de noviembre de 2016

Este diploma no requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

LUIS EDUARDO MORA OSEJO I.E.

República de Colombia

Instituto de Educación Ingabo

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 del 2009 y 15-028 de Septiembre 28 del 2009 emanadas de la Dirección Local Educación de Antonio Nariño y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

a

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

C.C. N° 1.023.031.468 de Bogotá

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

Auxiliar en Enfermería

Duración del Programa: 1.800 horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, a los 22 días del mes de Abril de 2017
Registro Folio No. 41/3 del Libro de Certificados No.5

2961

República de Colombia

Instituto de Educación Ingabo

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 del 2009 y 15-028 de Septiembre 28 del 2009 emanadas de la Dirección Local Educación de Antonio Nariño y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

a

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

C.C. N° 1.023.031.468 de Bogotá

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

Auxiliar en Salud Pública

Duración del Programa: 1.700 horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, a los 22 días del mes de Abril de 2017

Registro Folio No. 31/34 del Libro de Certificados No.4

2949

La República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

Otorga a:

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

C.C. No. 1023031468 de Bogotá D.C.

La certificación de capacitación en:

Sistema de Gestión en la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Resolución 4927 de 2016. Ministerio de Trabajo

Programa de Extensión y Educación Continuada con una intensidad de 50 horas virtuales.

Directora Nacional de Formación Empresarial
y Educación Continua

Dado en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de febrero de 2021

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

HACE CONSTAR QUE:

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

C.C. N°. 1023031468 de Bogotá D.C.

Cursó y aprobó el:

Diplomado Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST

Programa de Extensión y Educación Continuada con una intensidad de 159 horas teórico - prácticas.

Dado en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de Febrero de 2021

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Directora Nacional de Formación Empresarial y Educación Continua

Código Seguro de Verificación: StYFW8IYYfZbfXPm

Código de Seguridad: 2728-AA-032729

Acta Individual de Grado

Colegio Distrital Luis Eduardo Mora Osejo I.E.

Institución Oficial

Los suscritos Rector y Secretaria del Colegio Luis Eduardo Mora Osejo, institución legalizada mediante resoluciones No. 2528 del 27 de agosto de 2002 y 2468 del 15 de junio de 2007, se reunieron a los ventitres (23) días del mes de noviembre de 2016 con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado undécimo.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media y que fueron promovidos, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando(a) cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Walter Steve Jiménez Barrera

T.I. No. 98110562004 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general Nº 17 de fecha 23 de noviembre de 2016, en fe de lo anterior se firma la presente acta individual de grado por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 de 1981.

Firmada y Sellada por Pablo Antonio Bonilla Acosta (Rector) y
Nidia Angélica Garzón Melo (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de noviembre de 2016

Pablo Antonio Bonilla Acosta
C.C. No. 79.416.307 de Bogotá
Rector

Nidia Angélica Garzón Melo
C.C. No. 52.823.716 de Bogotá
Secretaria Académica

No requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto Nº 921 del 6 de mayo de 1994 del M.E.N.

Instituto de Educación Ingabo

Aprobado por Resolución 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
emanadas de la Dirección Local de Educación Antonio Nariño y
Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación como Técnico Laboral por Competencias

REGISTRO 41 FOLIO 3 LIBRO 5

En la ciudad de Bogotá a los 12 días del mes de Abril del año 2017, se reunieron los suscritos Director y Secretaria Académica en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TÉCNICO LABORAL** para quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una duración de 1.800 horas cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA
C.C. N° 1.023.031.468 de Bogotá

Es fiel copia del Acta General Original N° **76** de fecha **12** de **Abril** de **2017** que consta de **79** alumnos que comienzan con el nombre de **LILIANA ALFONSO HERNANDEZ** y se cierra con el nombre de **LILIANA MARIA ZAPATA ARANGO.**

En constancia se firma por:

CARLOS MAURICIO BÁEZ P.
DIRECTOR
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA C.
SECRETARIA ACADEMICA
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los **22** días del mes de **Abril** del año **2017**

Instituto de Educación Ingabo

Aprobado por Resolución 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
emanadas de la Dirección Local de Educación Antonio Nariño y
Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 del Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificación como Técnico Laboral por Competencias

REGISTRO 31 FOLIO 34 LIBRO 4

En la ciudad de Bogotá a los 12 días del mes de Abril del año 2017, se reunieron los suscritos Director y Secretaria Académica en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TÉCNICO LABORAL** para quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN SALUD PUBLICA**, con una duración de 1.700 horas cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA
C.C. N° 1.023.031.468 de Bogotá

Es fiel copia del Acta General Original N° **23** de fecha **12** de **Abril** de **2017** que consta de **62** alumnos que comienzan con el nombre de **LILIANA ALFONSO HERNANDEZ** y se cierra con el nombre de **LILIANA MARIA ZAPATA ARANGO.**

En constancia se firma por:

CARLOS MAURICIO BÁEZ P.
DIRECTOR
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA C.
SECRETARIA ACADEMICA
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los **22** días del mes de **Abril** del año **2017**

DxB7GmI90p

ASCOFAME
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

CERTIFICA QUE

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

Con Cédula de ciudadanía 1023031468 Aprobó el curso multidisciplinario de:

Entrenamiento básico en UCI con énfasis en manejo de paciente COVID 19

Con una duración de 12 horas. El presente certificado se expide el 13 de junio de 2020

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO
Presidente Junta Directiva Ascofame

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Director Ejecutivo Ascofame

ACIN · Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios · Fundación Neumológica Colombiana · Anesthesia Decorum Ars S.C.A.R.E. · Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo · Fisioterapia · ACOFAEN

Resolución No. 130420 de Ascofame que otorga 22 créditos Tipo A: Acciones formativas que privilegian el saber.

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Walter Steve Jimenez Barrera

C.C. 1.023.031.468 De Bogotá.

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS

SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267.

DADO A LOS 27 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2019,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 14 FOLIO 0050

Sede Administrativa Calle 8A # 72A-32 Barrio Castilla
Tel: 904 72 33 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

Seguridad del Paciente

"Humanización con Sensibilidad Social"

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Certifica que:

WALTER STEVE JIMÉNEZ BARRERA

Aprobó el curso:

Buenas prácticas en seguridad del paciente

octubre 9, 2019

Intensidad 72 horas

ANDREA CAROLINA MORALES GUERRERO
Subdirectora de Educación Médica e Investigación

LIDA YOHANA ACOSTA
Referente en Seguridad del Paciente

JAVIER FERNANDO MANCERA
Gerente

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

051 SC5520-1 IQNet Calidad soy yo!

HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado



Certifica que:

WALTER STEVE JIMÉNEZ BARRERA

Documento

1023031468

Aprobó el curso

IAMII

Intensidad 40 horas

Se firma en Bogotá D.C., al (31) día del mes de Octubre de dos mil diecinueve 2019

ANDREA CAROLINA MORALES GUERRERO
Subdirectora de Educación Médica e Investigación

PABLA LORENA CESPEDES
Enfermera

JAVIER FERNANDO MANCERA
Gerente

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Certifica que:

WALTER STEVE JIMÉNEZ BARRERA

Aprobó el curso:

GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

noviembre 28, 2019

Intensidad 40 horas

ANDREA CAROLINA MORALES GUERRERO
Subdirectora de Educación Médica e Investigación

YULIETH ANDREA FORERO UMBARILA
Referente Programa Donación de órganos y tejidos

JAVIER FERNANDO MANCERA
Gerente

Bogotá D.C

Señores:

INSTITUTO INGARO

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA 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:

AUXILIAR DE ENFERMERIA - AUXILIAR DE SALUD PUBLICA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma WALTER JIMENEZ

No. de documento: 1023031468

Tarjeta profesional No: 1023031468

Dirección de contacto: WALTERSJB998@GMAIL.COM

Teléfono: 3163634446

APOYOS INTEGRALES EN SALUD

LA SUSCRITO GERENTE DE APOYOS INTEGRALS EN SALUD SAS

NIT. 900.358.247-4

CERTIFICA

Que el señor(a), **WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA,** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1023031468, laboro en la Empresa desde el 11 de febrero de 2016, hasta el 10 de junio de 2019, desempeñando el cargo de **CAMILLERO**. El tipo de contrato es Obra/Labor y su salario de OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/L ($834.000) más recargos.

Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los veintiuno (21) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente



ALBERTO GONZALEZ DUEÑAS
Gerente

Copia –Hoja de vida

NOTA: NUEVO PBX 3902373

Calle 67 No 14 A 14
Telefax: (571) 25120 19 - Movil: 3102451681
Email: apoyosintegralesensalud@gmail.com
Bogotá, D.C. - Colombia

Coltempora S.A
Colombiana de Temporales S.A.

NIT : 800.142.612-9

CERTIFICAMOS

Que JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1023031468,

Labora en misión mediante contrato a obra o labor desde 26 de Enero de 2021.

Empresa : ESE HOSPITAL UNI."LA SAMARITANA"

Cargo :

ASIGNACION BASICA MENSUAL : $1,000,000.oo.

SALARIO PROMEDIO MENSUAL PARA ESTE AÑO: 1,000,000.oo.

SON : UN MILLóN PESOS M/Cte.

Se expide la presente a solicitud de el interesado a los 01 días del mes de Marzo de 2021

Cordialmente,

COLTEMPORA S.A
Personal

YOLANDA CONTRERAS HERRERA
Gerente de Recursos Humanos

Coltempora S.A
Colombiana de Temporales S.A.

NIT: 800.142.612-9

CERTIFICAMOS

Que JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1023031468, estuvo vinculado(a) en misión mediante contrato a obra o labor para la empresa:ESE HOSPITAL UNI."LA SAMARITANA"

Desempeñando el cargo de : AUXILIAR DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Periodo del contrato :

FECHA DE INGRESO : 14 de Agosto de 2019

FECHA DE RETIRO : 25 de Enero de 2020

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2020

Cordialmente,

COLTEMPORA S.A
Personal

YOLANDA CONTRERAS HERRERA
Gerente de recursos humanos

Coltempora S.A
Colombiana de Temporales S.A.

NIT: 800.142.612-9

CERTIFICAMOS

Que JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1023031468, estuvo vinculado(a) en misión mediante contrato a obra o labor para la empresa:ESE HOSPITAL UNI."LA SAMARITANA"

Desempeñando el cargo de : AUXILIAR DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Periodo del contrato :

FECHA DE INGRESO : 26 de Enero de 2020

FECHA DE RETIRO : 25 de Enero de 2021

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Marzo de 2021

Cordialmente,

COLTEMPORA S.A
Personal

YOLANDA CONTRERAS HERRERA
Gerente de recursos humanos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.031.468**

JIMENEZ BARRERA

APELLIDOS

WALTER STEVE

NOMBRES

WALTER JIMENEZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-NOV-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00874580-M-1023031468-20161229 0052912148A 2 46980077

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

4. Número de formulario: 14727836983

(415)7707212489984(8020) 000001472783698 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 3 0 3 1 4 6 8	2 0 1 6 1 1 1 5

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
JIMENEZ	BARRERA	WALTER	STEVE

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: CALLE 49 D SUR NO 10 - 06 BQ 3 APA 201

42. Correo electrónico: waltersjb1998@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	3 1 0 3 6 3 4 4 4 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 0 1 2 1 6							

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 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha: 2020 - 12 - 16 / 02 : 33: 34

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: JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE
985. Cargo: Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:28/12/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 1023031468	WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CALLE 49 D SUR NO 10 - 06 BQ 3 APA 201 Teléfonos: 3103634440

Dirección electrónica: waltersjb1998@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/12/2020 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 16/12/2020

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 16/12/2020 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 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 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.

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

Fuente: RIT-SHD

SGS CO18/8129

Version 2.02

PORTAL TRANSACCIONAL POSIT | PORTAL TRANSACCIONAL POSIT | Descarga tu certificado de afiliac | Situación Militar

libretamilitar.mil.co/Modules/Consult/MilitarySituation

Inicio | Cómo Definir Situación Militar En El Exterior | Consultas | Regístrese | Iniciar sesión

Consulte el estado de su Situación Militar

Diligencie los siguientes campos y conozca el estado de definición de su situación militar.

Tipo de documento (*):

Cédula de Ciudadanía

Número de documento (*):

1023031468

Limpiar | Consultar

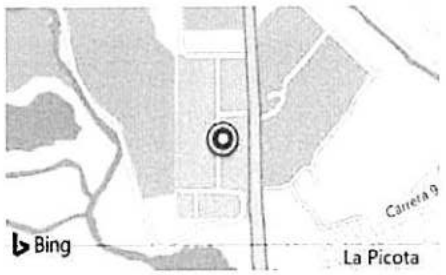
Inscripción | Citado | Concentración | En Liquidación | Reservista

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

En Liquidación - No liquidado por validar

Lugar: Distrito Militar No. 052

Dirección: Instalaciones Escuela de Artillería 123 (Bogotá, D.C. - 01 Localidad - Usaquén)



¿Qué debo hacer?

Escribe aquí para buscar

ESP 10:01 a. m. 1/03/2021

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 6836 *de* 13/07/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016. Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE Identificado(a) con CC número 1023031468 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaria la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO LTDA el dia 22/04/2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE identificado(a) con CC número 1023031468 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 13/07/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 10/NOVIEMBRE/2017
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) WALTER JIMENEZ B
CC. # 1023031468
Firma
WALTER JIMENEZ.

Proyectó: Sebastián Quiroz L
Revisó: Victor Sanchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 6837 *de* 13/07/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016. Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE Identificado(a) con CC número 1023031468 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SALUD PUBLICA otorgado por INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO LTDA. el dia 22/04/2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JIMENEZ BARRERA WALTER STEVE identificado(a) con CC número 1023031468 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN SALUD PUBLICA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 13/07/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 16/ NOVIEMBRE
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) WALTER JIMENEZ B
CC. # 1023031468
Firma
WALTER JIMENEZ

Revisó: Sebastian Garzon
Elaboró: Victor Sanchez

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2020-12-15–10:23:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1023031468	WALTER	STEVE	JIMENEZ	BARRERA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA identificado(a) con CC 1023031468 registra La siguiente información:

2020-12-15–10:23:11 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-07-13	6836	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	AUXILIAR EN SALUD PUBLICA	2017-07-13	6837	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 15 de diciembre de 2020 10:28 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023031468
Nombres y Apellidos	WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA		
Fecha de nacimiento:	05/11/1998		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Tercera dosis	06/12/2017	Hepavax Gene	143403301-09 ENERO 2020	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
	Refuerzo	18/03/2019	Engerix B Adultos	AHBVC664A1	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 15 de diciembre de 2020 10:28 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023031468
Nombres y Apellidos	WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA		
Fecha de nacimiento:	05/11/1998		

Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Segunda dosis	06/12/2017	Tetavax	6071- 28 FEBRERO 2019	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
	Tercera dosis	04/10/2018	Tetavax	25917004E	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	06/12/2017	Varilrix	S50116111-15 OCTUBRE 2018	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
	Segunda dosis	04/10/2018	Vaccine	S50116111	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

DRA.GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MÉDICA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ARGENTINA - FUAA
BOGOTA D.C. NIT. 23555999-8
Dirección: Carrera 21 No. 23 – 26 sur
Barrio Olaya - **Teléfono:** 272 7690



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES			
FECHA: 22 DE DICIEMBRE DE 2020			
NOMBRE: WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA		EDAD: 22 AÑOS	G.S RH : A+
IDENTIFICACION: 1023031468	EXPEDIDO: BOGOTA	TELEFONO: 310 363 4440	
EMPRESA: SURED NIT: 900 9590 51			
CARGO: ENFERMERO		TIPO DE EXAMEN: INGRESO	

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-ocupacional y de aptitud física.
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
Se autoriza al trabajador para laborar APTO PARA EL CARGO a desempeñar, según resultados del cuestionario, valorización medica ocupacional y para clínicos
ANTECEDENTES LABORALES: NIEGA **ENFERMEDAD PROFESIONAL:** NIEGA

ANTECEDENTE PERSONALES	ANTECEDENTE FAMILIARES
HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: TIMPANOPLASTIMA MÁS MASETECTOMIA PSIQUIATRICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA OFTALMOLOGICOS:NIEGA OTROS:	DIABETES: NIEGA HIPERTENSION: ABUELA MATERNA, TIOS PATERNOS TIROIDES: NIEGA CANCER: NIEGA ASMA: NIEGA OTROS: NIEGA
PARACLINICOS	**EXAMEN FISICO**
AUDIOMETRIA: NORMAL OSTEOMUSCULAR DE M,S Y M,I: NORMAL VISIOMETRIA: NORMAL OPTOMETRIA.: NORMAL PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS: NORMAL DERMATOLOGIA: NORMAL	**TA:105/59** mmHg **FC:** 76 lpm **PESO:** 64.2 Kg **ESTATURA:** 1.75 Mt **T °:** 36.6 °C

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL .

CORDIALMENTE

Dra. Gloria L. Vega
Médico Especialista
en Seguridad y Salud en el Trabajo
U. de Buenos Aires Arg FAN Y FUAA
RM:14779

GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MD especialista en seguridad y salud en el trabajo
Resolución 25-0425-2019

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO: certifico que no he omitido información sobre mi estado de salud.

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Walter Steve Jimenez Barrera

C.C. 1.023.031.468 De Bogotá D.C.

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

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

**DADO A LOS 05 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2019,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 02 FOLIO 0879

Sede Administrativa Calle 8A # 72A-32 Barrio Castilla
Tel: 904 72 33 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Walter Steve Jimenez Barrera

C.C. 1.023.031.468 De Bogotá D.C.

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN NO FORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267

DADO A LOS 07 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2019, CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 01 FOLIO 0965

Sede Administrativa Calle 8A # 72A-32 Barrio Castilla
Tel: 904 72 33 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

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

FECHA:	02. MAR. 2021	CIUDAD:	BOGOTA DC	DEPARTAMENTO:	BOGOTA DC

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numera 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)

ASEGURADOR		PROVEDOR		CONTRATISTA	X	PARTICULAR		OTRO		CUAL:	

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	SUBRED CENTRO ORIENTE HOSPITAL LA VICTORIA	NIT:	900951051	DV	

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
	JIMENEZ	BARRERA	WALTER STEVE

CEDULA DE CIUDADANÍA	X	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION DD/MM/AAAA	ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL REPRESENTANTE LEGAL	
CEDULA DE EXTRANJERÍA		1023031468	BOGOTA	15. NOV. 2016	CODIGO CIIU	5132

FECHA NACIMIENTO DD/MM/AAAA	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
05. NOV. 1998	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIANO	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL EMPRESA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO FIJO Y MOVIL
DG 34 NO S-43	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA	3444484

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
WALTERSJB1998@GMAIL.COM	GMAIL.C

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO FIJO Y MOVIL
DG 34 NO S-43	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIA	3444484

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar Con X):				
PUBLICA	INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	ASEGURADOR	CONSTRUCCION
PRIVADA	FAMACEUTICO	FARMACEUTICO	SERVICIOS DE SALUD X	AGROPECUARIO	SOLIDARIO
MIXTA	MINERO ENERGETICO	COMUNICACIONES	TRANSPORTES	SERVICIOS FINANCIEROS	ALIMENTOS
EXTRANJERA	OTRA ACTIVIDAD :		CUAL:		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE(Marcar con X):	RENTA	IVA	I.C.A.	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI	SI	SI	
	NO X	NO X	NO X	PRINCIPAL: SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI		SI		SI	
NO	X	NO	X	NO	X

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)(Marcar Con X) DECRETO 1674 de 2016.

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS ?	SI	NO X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO ?	SI	NO X
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL ?	SI	NO X
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA ?	SI	NO X

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

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

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	ACTIVIDAD ECONOMICA - CODIGO CIIU	TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar Con X)	NUMERO IDENTIFICACION
			C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
			C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
			C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
			C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
			C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1'300.000	ACTIVOS TOTALES	20.000.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES	40.000.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	800.000	PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:			

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ? :(Marcar Con X) — SI ☐ NO X

IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	PRESTAMOS ☐	OTRA ☐
OPERACIONES REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	CUAL:

TIPO PRODUCTO CUENTA	No DEL PRODUCTO CUENTA	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
AHORROS	476170019212	DAVIVIENDA	1'000.000	BOGOTA	COLOMBIA	COP

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

VI. INFORMACION COMERCIAL (Marcar Con X)

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

VII. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (describa en detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

AUXILIAR DE ENFERMERIA.

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VIII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

SI SE ACTUA MEDIANTE APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico o Autoridad Competente.

IX. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

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 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:

I. 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.

II. 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 peronas 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 adelante gestiones 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.

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

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 los 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 autorizados, 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", o al correo electrónico: *sarlaft@subredcentrooriente.gov.co*

X. FIRMA Y HUELLA

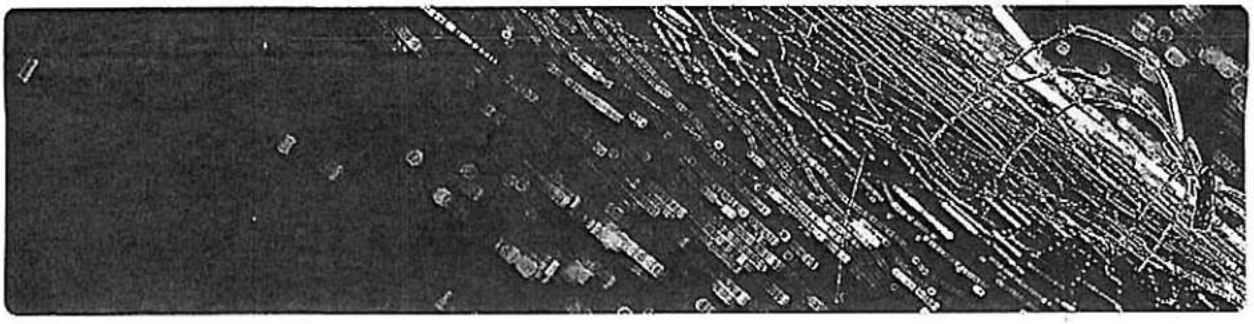
COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

WALTER JIMENEZ

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

XI. INFORMACION DE ENTREVISTA				XII. VERIFICACION DE LA INFORMACION					
1.Fecha		2. Ciudad		1. Fecha		2. Ciudad		3. Hora	
3.Nombre del funcionario Subred:				4. Nombre y Cargo de quien verifica (Contraparte):					
4. Lugar de la Entrevista:				5. Lugar de la verificación:					
5. Observaciones:				6. Observaciones:					
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		7. Firma y No cédula					
7. Firma y Cédula				8. Nombre Apellidos Funcionario Subred					
8.Proceso Responsable Subred				9. Proceso Responsable Subred:					



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 100/100

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

Dirección de correo electrónico *

waltesjb1998@gmail.com

Documento de Identidad *

1023031468

Nombres y apellidos *

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA

Número de contacto *

3103634440

Nivel jerárquico *

Técnico

Tipo de vinculación *

Contrato

Unidad a la que pertenece *

CAPS Centro de Atención Prioritaria en Salud (Santa Clara-San Juan de Dios)

✓ 1. Seleccione la respuesta correcta: Las localidades que conforman la Subred Centro Oriente son: * 10/10

- ○ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Usme
- ◉ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Los Mártires ✓
- ○ Santa Fe, La Candelaria, Suba, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Los Mártires
- ○ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Engativá, Puente Aranda, Los Mártires

✓ 2. Seleccione la respuesta correcta: ¿Cuál de los siguientes enunciados NO forma parte de los objetivos estratégicos de la Subred Centro Oriente? * 10/10

- (●) Evaluar y mejorar la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios ✓
- ( ) Generar una cultura de mejoramiento continuo y autocontrol garantizando el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de manera efectiva con un enfoque de excelencia clínica, investigación y docencia.
- ( ) Fortalecer el crecimiento personal y las competencias laborales de los colaboradores generando un clima organizacional que permita el cumplimiento de la misión institucional
- ( ) Desarrollar el modelo integral de atención que garantice la prestación de servicios de salud accesibles, oportunos, seguros y humanizados enfocados en el mejoramiento de las condiciones de salud y hábitos de vida de los usuarios, su familia y el entorno

✓ 3. Conteste falso o verdadero: El Decálogo de Humanización contempla el respeto por la privacidad y dignidad del usuario y su familia durante el proceso de atención. * 10/10

1. Verdadero ✓
2. Falso

✓ 4. Seleccione la respuesta correcta: Uno de los componentes del Programa de Seguridad del Paciente es "Cultura de Seguridad" en el cual se realizan las siguientes acciones: * 10/10

1. Rondas de Seguridad
2. Listas de chequeo
3. Búsqueda activa
4. Encuesta de Clima de Seguridad
5. Todos los anteriores ✓

✓ 5. Seleccione la respuesta correcta: Entre los principios y valores de la Subred Centro Oriente se encuentra: * 10/10

1. Trabajo en equipo, compromiso, actitud positiva, ética y transparencia, vocación de servicio y respeto ✓
2. Trabajo en equipo, compromiso, tolerancia, ética y transparencia, vocación de servicio y respeto
3. Trabajo en equipo, compromiso, actitud positiva, integridad, vocación de servicio y respeto
4. Trabajo en equipo, responsabilidad, actitud positiva, ética y transparencia, vocación de servicio y respeto

✓ 6. Seleccione la respuesta correcta: En caso de accidente laboral con fuente biológica usted debe: * 10/10

- ○ Prestar primeros auxilios, reporte verbal inicial al jefe inmediato, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento
- ◉ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte verbal inicial al jefe inmediato, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento ✓
- ○ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte verbal a Talento Humano, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar al jefe inmediato
- ○ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento
- ○ Ninguna de las anteriores

✓ 7. Conteste falso o verdadero: Dentro del marco del Plan Institucional de Gestión Ambiental se contempla el uso eficiente del agua y de la energía * 10/10

1. Verdadero ✓
2. Falso

✓ 8. La materialización del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, conlleva varios riesgos asociados entre los que se encuentra: (seleccione la opción correcta) * 10/10

- ○ RIESGO LEGAL: probabilidad de pérdida o daño al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar por daños por el incumplimiento de normas u obligaciones contractuales.
- ○ RIESGO OPERATIVO: probabilidad de pérdida o daño en que incurre la entidad por deficiencias o fallas en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de hechos externos.
- ○ RIESGO DE CONTAGIO: probabilidad de pérdida o daño en que incurre la entidad, directa o indirectamente por una acción o experiencia de un relacionado o asociado, persona natural o jurídica con posibilidad de ejercer influencia sobre la institución.
- ◉ Todas las anteriores ✓

✓ 9. Conteste falso o verdadero: La auditoria de Control Interno es una actividad dependiente y subjetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. * 10/10

1. Falso ✓
2. Verdadero

✓ 10. Conteste falso o verdadero: Constituye falta disciplinaria, la incursión en cualquiera de las conductas o comportamientos previstos en el Código Disciplinario que conlleve incumplimiento de deberes, extralimitación en el ejercicio de derechos y funciones, prohibiciones y violación del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de intereses * 10/10

1. Verdadero ✓

2. Falso

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 01 03 2021

DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: JIMENEZ	Segundo Apellido: BARRERA	Primer Nombre: WALTER	Segundo Nombre: JIMMY STEVE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023031468	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 0 5 0 1 1 9 9 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			COLPATRIA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1.102.526	CALLE 112 A SUR NO 10-30			7355078	3163639446
Correo electrónico: WALTERSTBARRERA@GMAIL.COM	Municipio / Distrito: BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
			Municipio / Distrito: BOGOTA		Departamento: D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre: 1023031468	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	31. Discapacidad Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	D D M M A A A A										
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1059
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ]	Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

WALTER JIMENEZ

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

1023031468

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de la autoridad competente en la que conste la calidad de beneficiario o de cotizante en el caso de [illegible] [ ]

01 MAR 2021
Cc 0 y Daniel Palacios Paez
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Al parto 03/2021 1990 04/2021 Regimen Plantilla

LADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.031.468**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Marzo 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 que? 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

1023031468	POSITIVA
Numero de Documento	ARL

WALTER	STEVE	JIMENEZ	BARRERA.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

05 NOV. 98	BOGOTA D C	CALLE 112A SUR NO 10-39	735 5078
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	PORVENIR	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

WALTER SJB1998@GMAIL.COM.	3103634440
Correo Electrónico	Celular

WALTER JIMENEZ
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 79.734.629 BTA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA, con Cédula Ciudadanía No. 1023031468 . Registra como trabajador INDEPENDIENTE VOLUNTARIO con fecha de inicio de cobertura 02/03/2021 y riesgo 3.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101319286.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de marzo de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162008374

WEB
09:50:56

Bogotá DC, 01 de marzo 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) WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023031468:

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 lunes 01 de marzo de 2021, a las 09:49:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023031468
Código de Verificación	1023031468210301094926

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. 4289050

Bogotá D.C., 1 de Marzo de 2021 - 9:47 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) **WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL VEINTITRES MILLONES TREINTA Y UNO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

1023031468

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: 3_7X7AL_469
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:19:13 AM horas del 01/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1023031468

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2.00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **01/03/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor WALTER STEVE JIMENEZ BARRERA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023031468**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570476170019212**
Fecha de apertura	**24/01/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA