



POLITECNICO INTERNACIONAL

EDUCACION SUPERIOR

Personería Jurídica N° 4135 de 2004 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 7319

Certifica que:

El Consejo Académico Institucional del Politécnico Internacional en sesión del día 11 de Septiembre de 2017, en uso de sus facultades legales y estatutarias,

CONSIDERANDO QUE:

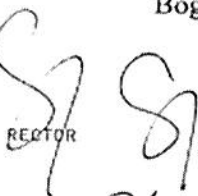
Carlos Efren Tatalcha Martinez
Cédula de Ciudadanía No. 1.000.617.281 expedida en
Melgar

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos
y Reglamentos de la Institución, resuelve otorgarle el título de

Técnico Laboral por Competencias en
Auxiliar en Enfermería

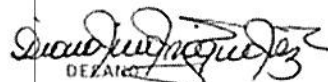
En nombre y representación del Politécnico Internacional y de la República
de Colombia y previo el juramento de rigor se hizo entrega del Diploma
registrado en el Folio N° 289 del Libro. 3

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de
Bogotá, D.C., a los Dos (2) días del mes de Octubre de 2017.


RECTOR


VICERRECTOR ACADEMICO


SECRETARIO GENERAL


DECANO

El presente Título se halla registrado en el

Folio No. 289 del Libro de Registro No. 3

Bogotá D.C

Señores: POLITECTICO INTERNACIONAL

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, CARLOS EFREN TOTALCHA MARTINEZ 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:

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

CARLOS TOTALCHA

No. de documento:

1.000.611.281

Tarjeta profesional No:

13285

Dirección de contacto:

CALLE 36 G SUR 11A 53 1

Teléfono:

3232228178

 Secretaría de Salud Salud 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: 02 FECHA: 2017-08-22									
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☒ NO ☐ DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA ☐ ICA ☐										AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒										AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒									
										FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☐ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐										ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ MINERÍA ☐ SERVICIOS ☐ OTRO ☐									
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA 0934 #5-43 596600 EXT 1031 CANTON GUAYAS GUAYAS										CARGO ACTUAL ASESOR DE ATENCIÓN AL CLIENTE										FECHA VINCULACIÓN 15-09-2017									
NÚMERO DE EMPLEADOS 1										VENTAS ANUALES 1410000										CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA 500									
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD 5. INFORMACIÓN FINANCIERA										INGRESOS MENSUALES 1410000										EGRESOS MENSUALES 500.000									
SALARIOS 1410000										GASTOS FAMILIARES 500.000										AHORROS 0									
HONORARIOS 0										ARRENDOS 0										INVERSIONES 0									
CUOTA VEHICULO 0										CUOTA VEHICULO 0										DEUDA VEHICULOS 0									
COMISIONES 0										CUOTA VIVIENDA 0										PROPIEDADES 0									
OTROS INGRESOS* 0										OTROS EGRESOS* 0										OTROS ACTIVOS* 0									
TOTAL INGRESOS 1410000										TOTAL EGRESOS 500.000										TOTAL ACTIVOS 0									
PASIVOS 0										PASIVOS 0										PASIVOS 0									
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)																													
PRIMER APELLIDO MORALES										SEGUNDO APELLIDO GONZALEZ										PRIMER NOMBRE ALEXIS									
DIRECCIÓN 31147 CARRERA 181										CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS AMBATO										TIPO RELACION 310227181									
NOMBRE ENTIDAD 31147 CARRERA 181										TIPO DE PRODUCTO 31147 CARRERA 181										NÚMERO 31147 CARRERA 181									
NOMBRE ENTIDAD 31147 CARRERA 181										TIPO DE PRODUCTO 31147 CARRERA 181										NÚMERO 31147 CARRERA 181									
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒										PAIS/CIUDAD AMBATO										MONEDA 31147 CARRERA 181									
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:										IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ ALGO SERVICIOS ☐										CUAL:									

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

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

La SI RED 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 "Estado Anticorrupción",

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

Auxiliar de Atención al Usuario

2. ¿Que estos bienes no provengan de una actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo modifique), ni de cualquier otra actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo modifique) o de cualquier otra actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo modifique).

3. ¿Que estos bienes no provengan de recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo modifique) o de cualquier otra actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo modifique).

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.

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 las normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE

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. En caso 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.

ORIENTE ESTE.

Salariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nomina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contristas 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 de la tarjeta profesional del contador legible.
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

Downloaded from ascelibrary.org by University of California, San Diego on 06/01/15. Copyright ASCE, For All Rights Reserved, No part of this document may be reproduced without written permission from ASCE.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

7. Fotocopia del registro cinco (mountain KCU).

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Atendimientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.-AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN

CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL, DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentren contenidos en dicha

que en principio su utilización no requiriera de su titular, la cual proviene de la Ley.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

Carlos Efraim Tu

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales que nos facilitamos en el presente formulario, para las finalidades y en los términos que nos fueron comunicados, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron comunicados. Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentro.org)

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan incorporado al fichero de datos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS: Los datos personales de los usuarios de la información de la salud, ya cualquier otra persona jurídica legítimamente autorizada para la administración de la información de la salud, no se transfieren a terceros, ni se comunican a otras personas o entidades, sin el consentimiento expreso de los usuarios de la información de la salud.

2. El traspasamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los

[illegible]

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

ESTRATEGIA
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO

MARTINEZ

Huella Índice Derecho

incluidos los sensibles y autoriza, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los
 en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES "

 esencial documento.

as asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a

de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de estadísticos.

1) (CA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables; f) intercambio de información y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, permitiendo que ella considere necesarios.

Los servicios de salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La contratación de servicios de salud, incluyendo la contratación de seguros. d) La prestación de servicios de salud, incluyendo la prestación de servicios de salud.

FECHA: 2017-08-22
VERSION: 02
CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL
ZACION

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.000.617.281

TOTALCHA MARTINEZ

APELLIDOS

CARLOS EFREN

NOMBRES

CARLOS EFREN TOTALCHA MARTINEZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

11-OCT-1995

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

B+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

07-NOV-2013 MELGAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2907900-00543819-M-1000617281-20140201

0037007450A 1

41252919



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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.000.644.284

Numero de Documento

SEGOROS BOLIVAR

ARL

CARLOS

Primer Nombre

EREN

Segundo Nombre

TOTALCHA

Primer Apellido

MARTINEZ

Segundo Apellido

11.OCT.1995

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA D.C.

Ciudad de Nacimiento

CL35 SUR 11A33

Dirección de Residencia

3676604

Teléfono Fijo

NUOVA EPS

EPS - Salud

PORVENIR

AFP - Pensiones

\$ 71410.000

Honorarios

ANX. ENFERMERA

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

EREN.TOTALCHA@UGMAIL.COM

Correo Electrónico

323 222 8148

Celular

CARLOS TOTALCHA M.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/03/21

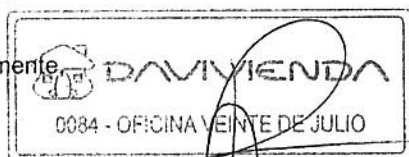
Por medio de la presente hacemos constar que el señor **CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ**
con Cédula de Ciudadanía número 1000617281
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008480375727

Fecha Apertura 2018/03/21

Cordialmente



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/03/2018, el empleador SOS PROTECCION TOTAL SAS identificado con NIT número 901011584 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

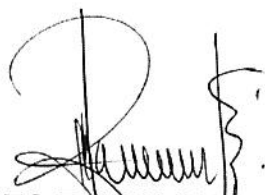
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
1207813	02/03/2018	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1000617281	CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ	781242	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018-03-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Marzo del año 2018.

Cordialmente,



ALBERTO REMOLINA PARRA

Coordinador de Afiliaciones

Gerencia Nacional de Afiliaciones



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,000,617,281**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Marzo de 2018.

Gerente de Clientes

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de julio de 2018, a las 10:33:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1000617281
Código de Verificación	1000617281180730103309

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de julio de 2018, a las 10:22:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1000617281
Código de Verificación	1000617281180730102229

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CARLOS EFREN TUTACHA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.000.674.881 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Departamento Municipio **BOGOTA**

Dirección CAVE 35 SUR # 72-53 Teléfonos 3232228178

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>HAYDÉE MARTINEZ PONTOA</u>	<u>51 627 764</u>	<u>MAMA</u>
<u>GUIDO EFREN TUTACHA TARAPUES</u>		<u>PAPA</u>

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 X
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	<u>\$ 737.717</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>\$ 737.717</u>
TOTAL	

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
<u>DAVINIENDA</u>	<u>CUENTA AHORROS</u>	<u>00848035121</u>	<u>VEINTE JULIO</u>	<u>\$ 0</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

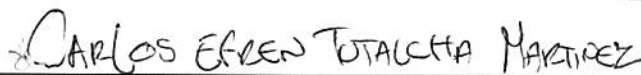
c) En la actualidad: ☐ SI ☒ NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA 16-03-2018

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



POLITECNICO INTERNACIONAL

EDUCACION SUPERIOR

Personería Jurídica N° 4135 de 2004 del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que :

Carlos Efraim Tutalcha Martinez

Cédula de Ciudadanía 1.000.617.281 Expedida en México

Ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos exigidos por el programa académico y demás normas reglamentarias, en nombre de la República de Colombia le otorga el título de

Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería

En testimonio firmamos y sellamos, en la ciudad de Bogotá, D.C.,
el día 2 de Octubre de 2017.

[Firma]
RECTOR

[Firma]
VICERRECTOR ACADEMICO

[Firma]
DECANO

[Firma]
SECRETARIO GENERAL

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 17/03/2018 12:33:32

PREOcupACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ

C.C 1000617281

EDAD 22 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Glic ☐ Col ☐ Triglic ☐ Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

HIGIENE POSTURAL- CONTROL EPS- USO EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Carlos Tualcha M.

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Dr. Jhon A. Perez
Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL					
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

**FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA**

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

CARLOS ERREN TOTALCHA MARTINEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

22-03-2018

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



[Aumentar el contrato](#)



UTC -5 15:56:41



Buscar por proceso Menú ▼

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 [Ayuda](#)

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones **CARLOS TUTALCHA**,

CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ con el NIT 1000617281 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

[Haga clic aquí para continuar >](#)

 Secretaría de Salud Subsector Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CÓDIGO: AP-TII-FT-013 VERSIÓN: 05 FECHA: 2017-11-08	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:	FECHA:	Nº FOLIOS:			
NOMBRE DEL CANDIDATO:	DOCUMENTO:				
TELÉFONO:	ACTIVIDAD SOLICITADA:				
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐			
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	☒		
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO	☐
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	☐	N/A	☒
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU <u>8692</u> FECHA <u>8621</u>	SI	☒		
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒		
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☒	N/A	☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A	☐
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒	N/A	☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☒
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 vx. / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒	N/A	☐
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☒	N/A	☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☒	N/A	☐
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	☒		
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: <u>Nueva EPS</u>	SI	☐		
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>Porvenir</u>	SI	☐		
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Seguros Bolívar</u>	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Proceso Solicitante	Fecha:				
Vº/Bº Talento Humano:	Fecha:				
Vº/Bº Contratación:	Fecha:				

Tallara Gomez 320 230082.

Alc.



Bogotá D.C., 30 de Julio de 2018 - 10:22 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN**

1000617281

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **7_LMCJW_2210**

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 10:31:02 horas del 30/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1000617281**

Apellidos y Nombres: **TOTALCHA MARTINEZ CARLOS EFREN**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113085098



WEB

09:48:21

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de julio del 2018

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) CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000617281:

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 GONZÁLEZ
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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 13285 de 14/11/2017

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) TUALCHA MARTINEZ CARLOS EFREN Identificado(a) con CC número 1000617281 expedida en MELGAR solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por POLITECNICO INTERNACIONAL el día 02/10/2017.

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 TUALCHA MARTINEZ CARLOS EFREN identificado(a) con CC número 1000617281 expedida en MELGAR 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 14/11/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Sebastián Quiroz L.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 31-01-2018
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) CARLOS EFREN TUALCHA
CC. # 1.000.644.281
Firma
CARLOS EFREN TUALCHA

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1000617281

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

<i>Tipo Identificación</i>	<i>Nro. Identificación</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Detalles</i>
CC	1000617281	CARLOS	EFREN	TOTALCHA	MARTINEZ	Ver



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21-03-2018

Hora: 1:53:08 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1000617281-3 CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ

Información General

Dirección CL 35 SUR 11 A 53

Teléfonos 3232228178

Dirección electrónica efrentutalcha@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 21/03/2018

Soporte Inscripción 23420638

Fecha Inicio Actividades 15/09/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002807698

Fuente ICA TE TOCA

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

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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



14431836793



(4) 577072 2489984(8020) 00000 1443 183679

14. Buzón electrónico

1 0 0 0 6 1 7 2 8 1 | - | 3

27. Fecha expedición:

2	0	1	3	1	1	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---

4	4	9
---	---	---

34. Otros nombres
ERREN

37. State:

40 Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

CL 35 SUR 12 53 P 2 AP 202

efrentutalcha@gmail.com

44. Telefonu:

45. Teléfono 2:

Ocupación

Otras actividades	
-------------------	--

50 Código:

establecimientos

--	--	--

[illegible]

20- Obtención NIT

Exportadores

[illegible]

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 ☐

60. No. de Folios:

		1
--	--	---

61. Fecha: 2 0 1 7 0 9 1 5

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984 Nombre ZAMBRANO MONTERO YISELLA

985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 15-09-2017 11:39:41AM

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	22-03-18	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	----------	---------	-------------	---------------	--------------

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter 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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion 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	
TOTALCHA	MARTINEZ	CARLOS	EFREN	
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ CI ☐ RC ☐ NUIP ☐	1.000614281	MEGAR - TOLIMA	07-11-2013	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒	CUAL:		PROFESION / OFICIO
			AXIAR C SUPERABU A

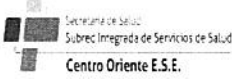
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 35 SUR 41A 53	BOGOTÁ D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3646604
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
efrentotalcha@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

		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: 02 FECHA: 2017-08-22	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CÓDIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	8621 1509-2017	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐			# NIT	
						960959051	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLÓGICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐							
OTRA ☐ CUAL: X							
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1460.000 =	ARRENDOS		INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1410.000 =	TOTAL EGRESOS	500.000 =	TOTAL ACTIVOS	S 0	TOTAL PASIVOS	S 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	
MARIN				NESTOR		ALEXIS	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CL 747 CERROS GOLF		BOGOTA DC		AMIGO		310 2277181	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD	
MONEDA		MONTO PROMEDIO					
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS							
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐	CUAL: _____	

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p align="center">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</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
<p align="center">8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS</p>		
<p>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".</p>		
<p>1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p>		
<p align="center">ACUJAR DE ENFERMERIA</p>		
<p>2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo 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 lo 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 destinarán a actividades lícitas. 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 se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo 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</p>		
<p align="center">9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</p>		
<p>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 de la tarjeta profesional del contador legible 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</p>		
<p>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 último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público. NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)</p>		
<p>10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</p>		
<p align="center">CONSIDERACIONES</p>		
<p>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 Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		

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

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) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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 mí.

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, transfiera, 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: sarlaf@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, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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: Se desea ampliar esta información por favor visite (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES "

IX. 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

CARLOS GAREN TUTACHA MARTINEZ

Firma Cliente / Representante Legal



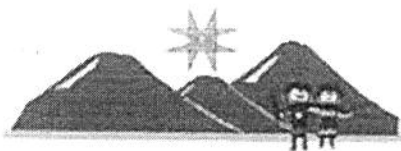
Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	☐ ACEPTADO ☐ RECHAZADO
7. Firma y Cédula	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	



Resguardo Indígena de Guachucal – Nariño
Gran Territorio de Los Pastos

NIT. 814003769-1

CONSTANCIA

El suscrito Gobernador del Resguardo Indígena de Guachucal hace constar que: CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ identificado con C.C No. 1000617281 de Bogotá, indígena y comunero de este Resguardo se encuentra legalmente registrado dentro del censo indígena el cual se encuentra radicado en el Ministerio del Interior y justicia en la ciudad de Bogotá, se encuentra a paz y salvo con el cabildo y demás comunidad en general.

Por lo que solicito que al indígena CARLOS EFREN TUTALCHA MARTINEZ, se debe amparar bajo la ley 48 de 1993 contemplado en el artículo 27 literal B que exime a los jóvenes indígenas de prestar el servicio militar.

Para constancia se firma en el Despacho del Honorable Cabildo a los 06 días del mes de mayo del año dos mil quince (2015).

Atentamente:

SEGUNDO CARLOS CUASES
Gobernador Cabildo de Guachucal.

"El Cuerpo Muere pero las Ideas Viven en cada uno de Nuestros Pensamientos"
Teléfono (0927)7778280 – cel. 318 643 88 88 – e-mail resguardodeguachucal@yahoo.es Guachucal – Nariño

Comprobante de
Eximir de Libreta
Militar



MININTERIOR

Bogotá D.C., VIERNES, 23 DE ENERO DE 2015

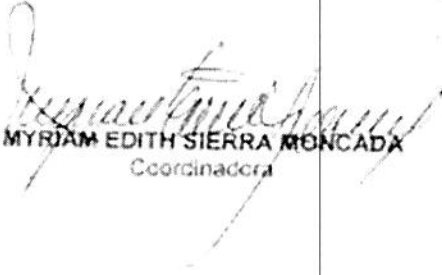
**LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO DE INVESTIGACION Y REGISTRO
DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO
DEL INTERIOR**

HACE CONSTAR:

Que consultadas las bases de datos institucionales de esta Dirección, en jurisdicción del municipio de Guachucal, departamento de Nariño, se registra el Resguardo Indígena Guachucal, de origen colonial, el cual debe ser reestructurado por el INCODER, de conformidad con el Decreto N° 441 del 10 de febrero de 2010.

Que consultadas las bases de datos institucionales de registro de autoridades y/o cabildos indígenas de esta Dirección, se encuentra registrado el señor SEGUNDO CARLOS CUASES INGUILAN identificado con cédula de ciudadanía número 98.341.480 expedida en Guachucal, como Gobernador del CABILDO INDIGENA del Resguardo Guachucal, según acta de posesión de fecha 1 de enero de 2015, suscrita por la Alcaldía Municipal de Guachucal, para el periodo del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015.

Se expide la presente en Bogotá D. C., a solicitud del señor Segundo Carlos Cuases Inguilan.


MYRIAM EDITH SIERRA MONCADA
Coordinadora

Elaboró: Leiner Ortiz
Revisó: Myriam E. Sierra M.
EXTM15-000109714012015
TEL: 2200 37 21 24 R.L. Guachucal

CI 915-000020376-CAI-2200

Sede: Correo General Estación Camargo, Calle 12B No. 34-38
Computador: 2427400 - Sitio web: www.mininterior.gov.co
Servicio al Ciudadano: 018000910400 - Línea gratuita 018000910400
Bogotá, D.C. - Colombia - Sur América

Comprobante de
Eximir de libreta
Militar

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD

DIVISION BOGOTA D.C.

NT: 1032479316-6

MATRICULA NO 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

**LA DIRECCION DE CAPACITACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE
EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009**

CERTIFICA QUE:

CARLOS EFREN TUTALCHA MERTINEZ

C.C. 1.000.617.281

**ASISTIO Y APROBO EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO CON UNA
INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEORICO PRÁCTICAS**

OTORGADO EN BOGOTA EL DIA 16 DE FEBRERO DE 2018

VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

SOCIEDAD COLOMBIANA

DE EMERGENCIAS EN SALUD

DANIEL MORENO

INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL calle 35 sur No 69 b – 39

Barrio Carvajal Bogotá DC

Cel. 3057639865-3174892472-7009959

Email scsibogota@hotmail.com

C.E.No. A0596

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR

OBSERVACIONES:



Caja de Compensación Familiar

APROBADO: Jefe Sección Prevención y Salud Laboral VERSIÓN: 2

26-10-2012 F: 5822



Salud



Nos apasiona verte vital y saludable

Carné de Vacunación

Nombre: Carlos Epreñ Totalchia
 Identificación: 1000617281 Teléfono: _____

Dirección:

FN 11-12-95

Centro de Atención

B+

VIGILADO

Vacuna Hepatitis B (VPHB), Sin Tóxicos
 1 ml (20 ug, 1 dosis adulta) 1 ml
 - Inyección intramuscular
 - Antes de usar, las las instrucciones adjuntas.
 - Almacenar de 2 a 8 °C
 - Expiración: 180 días
 - Marca: Berna Biotech Korea Corp.

Hepax-Gene® T10y
 Vacuna Hepatitis B (VPHB), Sin Tóxicos
 1 ml (20 ug, 1 dosis adulta) 1 ml
 - Inyección intramuscular
 - Antes de usar, las las instrucciones adjuntas.
 - Almacenar de 2 a 8 °C
 - Expiración: 180 días
 - Marca: Berna Biotech Korea Corp.

1 vial contiene: Antígeno de superficie de hepatitis B 20 ug, inhibido de elutriado (adsorbido) 0.5 mg (al) (1.0 mg)
 Et No.: 1434024-01
 Fab.: 2015 11 20
 Exp.: 2018 11 20
 Reg. Sanitario No. 00000470612 000143
 Importador: Biotecnia, Colombia

IMOVAX d.T. 0.5 ml
 (adulto/adulto)
 Vacuna DT adsorbida
 (adsorbida) 0.5 mg (al) (1.0 mg)
 - Inyección intramuscular
 - Antes de usar, las las instrucciones adjuntas.
 - Almacenar de 2 a 8 °C
 - Expiración: 180 días
 - Marca: Sanofi Pasteur

21 JAN 14
 08 SEP 14
 L7034
 L7408
 01-2017
 06-2017
 246-967270-15-967270

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª	22 JUN 2016		
	2ª	28 JUL 2016		
	3ª	08 SET. 2016		
		21 MAR. 2018		

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			

INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			

FIEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			

T.D.	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª	22 JUN 2016		
	2ª	28 JUL 2016		
	3ª			
	4ª			
	5ª			

VPB	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			
	3ª			

Este carné debe traerlo en cada consulta y conservarlo en buen estado.