Bogotá D.C., 04 de marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

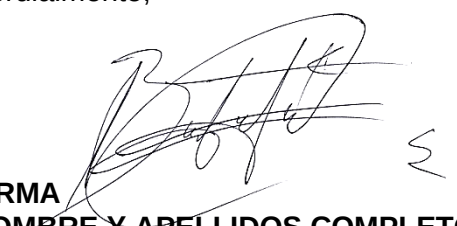
ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como CONDUCTOR, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] en el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud.

Cordialmente,



FIRMA
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: Brayan Esneyder Madrigal Forero
NÙMERO DE CÈDULA: 1023002930
DIRECCIÓN: CRA 14 R # 74 – 20 Sur
TELEFONO: 3209754754
CORREO ELECTRÓNICO: Bya9598@hotmail.es

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MADRIGAL	FORERO	BRAYAN ESNEYDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023002930

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES MAR AÑO 1995

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 14 r 74-20 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4701685

EMAIL bya9598@hotmail.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2011
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
PRIMEROS AUXILIOS	asistencia y capacitaciones en emergencia bling ltda	2020	20
MISION MEDICA	SECRETARIA DE SALUD	2019	5
ATENCION INTENGRAL A VICTIMAS DE	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION	2019	50
PRIMER RESPONDIENTE	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION	2019	30
CONDUCCION DE VEHICULOS DE	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION	2019	50

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS: 7300000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 7 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: CONDUCTOR AMBULANCIA	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: VID MEDICA LTDA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: vidmedicalida@hotmail.com	
TELÉFONOS: 4301583	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 4 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA 3 MES 7 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: conductor	*DEPENDENCIA*: ambulancia	*DIRECCIÓN*: diagonal 85 #85a-09	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: AMBUPETROL SA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talentohumanoambumed	
TELÉFONOS: 4092172-350482704	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 2 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 3 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: COMANDANTE AMBULANCIA	*DEPENDENCIA*: OPERRATIVA	*DIRECCIÓN*: CRA 30BIS# 5B-63	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2021

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	1	3
Pública	1	8
Total	2	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá D.C, Marzo 2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023002930 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 14 r 74-20 sur **Teléfonos** 3209754754 4701685

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
samuel alejandro madrigal osorio	1140930681	Hijo(a)
luz mary forero bohorquez	39746930	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 22.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 22.200.000,00

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
Bancolombia	Cuenta de ahorros	20700017576	maestro	$ 10.000,00

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
ana	arriendo	$ 350.000,00
exito	retiro de avance	$ 80.000,00

luz forero	deuda familiar	$ 300.000,00
jefferson madrigal	tarjeta de credito	$ 500.000,00
bus	transporte	$ 140.000,00
avantel	plan celular	$ 65.000,00
samuel madrigal	cuota alimentaria	$ 250.000,00
aportes en linea	salud y pensión	$ 250.000,00
FONDO SUBRED	Ahorro	$ 100.000,00
CADENA	apoyo	$ 100.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

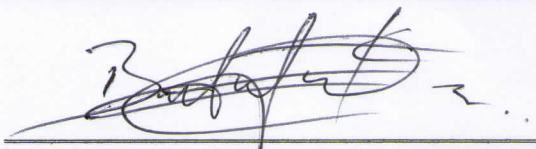
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 04-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	DI-GRI-FT-07 V1

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

FECHA:	04-03-21	CIUDAD:	Bogotá DC.	DEPARTAMENTO:	Bogotá DC.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 Sur E.S.E, 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 VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PÚBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	N A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Madrigal	Forero	Brayan	Esnaydor

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023002930	Bogotá DC	2013/03/27
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
22-03-95	Bogotá DC.	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐		1	1	3209754754
UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐					

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☒	PRIMARIA ☐	CUAL: NA	Conductor
	TÉCNICO ☐	TECNÓLOGO ☐	OTRO ☐			

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Cra 14R #74-70 Sur	Bogotá	Bogotá DC.	Colombia	4701685

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
bya9598@hotmail.es	N A	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
NA	NA	NA	NA	NA

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	NA	NA	NA
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL: NA		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD: NA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	NA	NA
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred integrada de Servicios SUR ESE

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Cra 70 # 42-47 Sur	01-800-0184004	Bogotá	Bogota DC	Colombia
CARGO ACTUAL	Conductor	FECHA VINCULACIÓN	04-07-19	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS	200.000	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1'900.000	ARRIENDOS	350.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CRÉDITO	2'500.000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHÍCULO	0	VEHÍCULOS	0	DEUDA VEHÍCULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	7'000.000
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	700.000	OTROS ACTIVOS*	600.000	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1'900.000	TOTAL EGRESOS	1'550.000	TOTAL ACTIVOS	800.000	TOTAL PASIVOS	9'500.000

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA	Alimentación, transporte, etc	TV	NA

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Barrera	Monroy	Kelly	Johanna
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
Dg 5A # 74-22	Bogota DC.	Amiga	3202367002

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Bancolombia	Cuenta de Ahorros	20700017576	Shalo	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: NA

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Conductor

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 SUR E.S.E se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E 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 SUR E.S.E.

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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.

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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion 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 utilizacion 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 tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , teléfono 7300000 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 prestacón de servicios por parte de la E.S.E 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 prestacion de servicios de salud.
B. Que la E.S.E 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 E.S.E y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la E.S.E y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la E.S.E y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension 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 elaboracion 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 haran 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 Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 Sur E.S.E 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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:12:05 PM horas del 04/03/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1023002930**

Apellidos y Nombres: **MADRIGAL FORERO BRAYAN ESNEYDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable
nstitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES"
a todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competent
cretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

a consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el docu
dentidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordena
stitucional.

iene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones
icía Nacional más cercanas.

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 icontec
ISO 14001 icontec
ISO/IEC 27001 icontec

Dirección: Calle 18A # 69F–4
Industrial, barrio Montevideo.
Atención administrativa: lune
7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm
Línea de atención al ciudadan
ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 1
E-mail: lineadirecta@policia.g

Presidencia de la
ública

Ministerio de
Defensa Nacional

Portal Único de
Contratación

Gobierno en línea
Colombia
Gobierno en

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162345485

WEB
19:16:47

Bogotá DC, 04 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) BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023002930:

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 jueves 04 de marzo de 2021, a las 19:18:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023002930
Código de Verificación	1023002930210304191854

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. 4307663

Bogotá D.C., 4 de Marzo de 2021 - 19:21 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL VEINTITRES MILLONES DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA** de BOGOTA D.C.

1023002930

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_YV4HD_2119
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

VALIDAMOS

Nit :900591350-2 CENTRO DE RECONOCIMIENTO VALIDAMOS S.A.S
CALLE 19 B SUR # 18-12 PISO 2 Y 3 BOGOTÁ D.C. Teléfono : 3735256
Res MinTransporte: 0003345 26/08/2013
Registro :110012528601

ACREDITADO ONAC ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE COLOMBIA
ISO/IEC 17024:2012
13-CEP-008

CERTIFICADO NACIONAL ASIGNADO POR EL RUNT 1023002930 Nro Interno :56379

Fecha de Certificación	07-enero-2020
Nombres y Apellidos	BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO
Tipo Documento	CC
Documento	1023002930
Fecha Nacimiento	22-mar-1995 Edad :24
Teléfono	0
Movil	3209754754
Dirección	CR 14 R N 74 20 SUR
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Grupo Sanguíneo	O+
Ocupación	Otros
Género	MASCULINO





Tramite	2	Refrendación
Escolaridad	2	Secundaria
Servicio	2	PUBLICO
Categoría	C2	Camiones Rígidos, busetas y buses de servicio Público

FONOAUDIOLOGIA

Concepto	APROBADO	Usa ayuda mecánica u ortopédica (S = Si; N= No)	N
Profesional	ANA LUCIA NASAYO FLOREZ	Cual ?	
RM/CC	1503451 / 1013629575		

MEDICINA

Concepto	APROBADO	Usa ayuda mecánica u ortopédica (S = Si; N= No)	N
Profesional	JORGE HERNANDO FERREIRA CASTILLLO	Cual ?	
RM/CC	9419 / 14216912		

OPTOMETRIA

Concepto	APROBADO	Usa ayuda mecánica u ortopédica (S = Si; N= No)	N
Profesional	SANDRA YAMILE SANCHEZ MORA	Cual ?	
RM/CC	52382313 / 52382313		

PSICOLOGIA

Concepto	APROBADO	Usa ayuda mecánica u ortopédica (S = Si; N= No)	N
Profesional	MARTHA LILIANA MORENO GOMEZ	Cual ?	N
RM/CC	113987 / 1023868338		

RESULTADO FINAL

DIAGNOSTICO GENERAL	RESTRICCIONES	TIPO DE TRAMITE	GRUPO Y CATEGORIA DE LICENCIA
APTO SIN RESTRICCIONES	NINGUNA	2 Refrendación	C2 Camiones Rígidos, busetas y buses de servicio Público

De conformidad con lo establecido en la resolución 0217 del 31 de Enero del 2014 y sus anexos, emitida por el Ministerio de Transporte y en cumplimiento de la norma ISO/IEC 17024:2012 autorizo al centro de reconocimiento CENTRO DE RECONOCIMIENTO VALIDAMOS S.A.S para entregar información de los resultados psicosensométricos obtenidos en todas y cada una de las evaluaciones que me practicaron, en caso que la autoridad competente lo solicite por medios válidos y me comprometo a cumplir con los deberes como persona certificada, los cuales me han sido informados.

Según lo establecido en la resolución 0217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos, emitida por el Ministerio de Transporte declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información suministrada durante las entrevistas(psicológica, médica, visual y auditiva) ha sido veráz, cierta y con apego a la verdad y asumo todas las consecuencias que se puedan generar como resultado de tal información.



ANGIE MARCELA BOHORQUEZ CARDENAS
Certificador
Registro :151423

Persona certificada

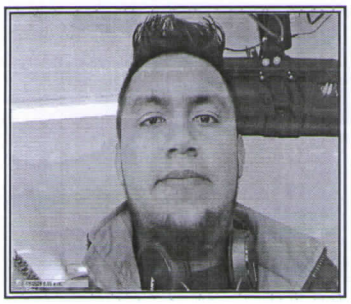
Este certificado tiene vigencia de60 dias según lo establecido en la Res.0217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos a partir de su fecha de expedición. Vence: 07/03/2020 09:1:
Si usted tiene alguna queja o petición sobre el servicio prestado por favor informalo al area de recepción
CENTRO DE RECONOCIMIENTO VALIDAMOS S.A.S acata lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 de proteccion de datos personales
certificado firmado digitalmente por el certificador y la persona certificada

INFORME DE EVALUACION FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ NRO: 57724
Nit :900591350-2 CENTRO DE RECONOCIMIENTO VALIDAMOS S.A.S

Dirección CALLE 19 B SUR # 18-12 PISO 2 Y 3 Teléfono : 3735256 Ciudad : BOGOTÁ D.C.
Res MinTransporte : 0003345 26/08/2013
Registro :110012528601 Factura : 58143

ACREDITADO ONAC ISO/IEC 17024:2012 13-CEP-008

Información General del Candidato



HI

HD

Fecha Evaluación	07-ene-2020				
Fecha Emisión Informe	07-ene-2020				
Documento	1023002930				
Tipo de Documento	CC Cédula de Ciudadanía				
Nombres y Apellidos	BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO				
Teléfono	0				
Celular	3209754754				
Dirección	CR 14 R N 74 20 SUR				
Fecha Nacimiento	22-mar-1995				
Trámite	2 Refrendación	Servicio	2	PUBLICO	
Escolaridad	2 Secundaria	Categoría	C2	Camiones Rígidos, busetas y buses de servicio Público	

FNG FONOAUDIOLOGIA Parámetros de Aprobación

	OI	OD	Grupo 1	Grupo 2
	Resultados Obtenidos			
FRECUENCIA 500 Hz	20 dB	20 dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa
FRECUENCIA 1000 Hz	20 dB	20 dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa
FRECUENCIA 2000 Hz	30 dB	20 dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa
FRECUENCIA 4000 Hz	20 dB	20 dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa
FRECUENCIA 6000 Hz	15 dB	15 dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa
FRECUENCIA 8000 Hz	30 dB	20 dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa
VALOR PTA	23.33 dB	20.0(dB	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa	0-20 dB Normal - 25-40 dB Leve - 45-60 dB Moderada - 65-80 Severa

Estado: APROBADO 07-ene-2020 Comentario NORMAL BILATERAL SEGUN RES. 217 DE 31 DE ENERO DE 2014

Restricciones

NINGUNA

ANA LUCIA NASAYO FLOREZ
Fonoaudíologo
RM: 1503451

Huella Fonoaudíologo



MDC MEDICINA Parámetros de Aprobación

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
SISTEMA LOCOMOTOR	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
SISTEMA CARDIOVASCULAR	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
SISTEMA RENAL	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir

SISTEMA RESPIRATORIO	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
TRASTORNOS CON SUSTANCIAS SICOTROPICAS Y ALCOHOL	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
SISTEMA NERVIOSO	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
OTRAS CAUSAS NO ESPECIFICADAS	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
TENSION ARTERIAL	120/80	Segun criterio médico	Segun criterio médico
FRECUENCIA CARDIACA	80	Segun criterio médico	Segun criterio médico
FRECUENCIA RESPIRATORIA	16	Segun criterio médico	Segun criterio médico
PESO	92	Segun criterio médico	Segun criterio médico
TALLA	174	Segun criterio médico	Segun criterio médico
IMC	30.39	Segun criterio médico	Segun criterio médico

Estado: APROBADO 07-ene-2020 Comentario EXAMEN FISICO Y NEUROLOGICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES BAJO RESOLUCION 217 DEL MIN TRANSPORTE, SE DAN RECOMENDACIONES GENARLES.

Restricciones

NINGUNA

JORGE HERNANDO FERREIRA CASTILLLO
Médico
RM: 9419

Huella Médico



OPT OPTOMETRIA

Parámetros de Aprobación

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
01-Agudeza del Ojo Derecho Lejana	20/25	MENOR O IGUAL 20/30 MENOR O IGUAL	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60) MENOR O IGUAL
02-Agudeza del Ojo Derecho Cercana	20/25	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60)
03-Agudeza del Ojo Izquierdo Lejana	20/25	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60)
04-Agudeza del Ojo Izquierdo Cercana	20/25	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60)
05-Agudeza Binocular Lejana Dia	20/25	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60)
06-Visión Mesópica	20/25	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60)
07-Agudeza Binocular Cerca Dia	20/25	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL (20/30-20/40, 20/25-20/50, 20/20-20/60)
08-Visión Periférica Lejana Dia	Izquierdo:85* Derecho:85*	Mayor o igual a 120 Grados Grupo 1- Mayor o igual 70 Grados en cada ojo Grupo 2	Mayor o igual a 120 Grados Grupo 1- Mayor o igual 70 Grados en cada ojo Grupo 2

09-Periférica Vertical	Ve todas las luces	VE TODAS LAS LUCES 70 GRADOS	VE TODAS LAS LUCES 70 GRADOS
10-Estereopsis	L-5. 85% Cruz	MAYOR O IGUAL 60 PORCIENTO (L-3) Grupo 1 (L-5) Grupo 2	MAYOR O IGUAL 80 PORCIENTO (L-3) Grupo 1 (L-5) Grupo 2
11-Sensitividad al Contraste	20%	MENOR O IGUAL A 40 PORCIENTO	MENOR O IGUAL A 40 PORCIENTO
12-Estres Luminoso	3 Segundos	MENOR A 5 SEGUNDOS	MENOR A 5 SEGUNDOS
13-Phoria Cercana / Lejana	Superior:4, Inferior:5	LATERAL 4.0 a 5.0 - 4.0 a 5.0 VERTICAL	LATERAL 4.0 a 5.0 - 4.0 a 5.0 VERTICAL
13-Phoria Cercana / Lejana	Superior:3, Inferior:5	LATERAL 4.0 a 5.0 - 4.0 a 5.0 VERTICAL	LATERAL 4.0 a 5.0 - 4.0 a 5.0 VERTICAL
14-Vision de Color (Rojo/Verde)	Tres Correctos	DEBE RECONOCER 2 O MAS COLORES	DEBE RECONOCER 2 O MAS COLORES
15-Vision de Color (Azul/Violeta)	Tres Correctos	DEBE RECONOCER 2 O MAS COLORES	DEBE RECONOCER 2 O MAS COLORES
16-Recuperación Endandilamiento	20/20	MENOR O IGUAL 20/30	MENOR O IGUAL 20/30
AFAQUIA	NO REFIERE	NO DEBE REFERIR	NO DEBE REFERIR
PSEUDOAFAQUIA	NO REFIERE	No debe referir	No debe referir
MOTILIDAD PALPEBRAL	NO REFIERE	DEBE REFERIR	DEBE REFERIR
DETERIORO PROGRESIVO DE LA CAPACIDAD VISUAL	NO REFIERE	NO DEBE REFERIR	NO DEBE REFERIR
MOTILIDAD OCULAR (NISTAGMUS)	NO REFIERE	NO DEBE REFERIR	NO DEBE REFERIR
OFTALMOSCOPIA	NORMAL	NORMAL	NORMAL
CIRUGIA REFRACTIVA	NO REFIERE	NO DEBE REFERIR	NO DEBE REFERIR
VISION MONOCULAR	NO	NO DEBE REFERIR	NO DEBE REFERIR

Estado: APROBADO 07-ene-2020 Comentario CUMPLE SIN RESTRICCION

Restricciones

NINGUNA

SANDRA YAMILE SANCHEZ MORA
Optómetra
RM: 52382313

Huella Optómetra



PSC PSICOLOGIA

Parámetros de Aprobación

ATENCION CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
TIEMPO MEDIO REACCION DE RESPUESTA (TMRR)	416	Menor o igual a 720 MS	Menor o igual a 720 MS
TIEMPO MEDIO REACCION EN EL ACIERTO (TMRA)	416	Menor o igual a 720 MS	Menor o igual a 720 MS

NUMERO ERRORES	0	Menor o igual a 9 UND	Menor o igual a 9 UND

REACCIONES MULTIPLES

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
TIEMPO MEDIO DE REACCION DE RESPUESTA (TMRR)	829	Menor o igual a 1150 MS	Menor o igual a 1150 MS
TIEMPO MEDIO DE REACCION EN EL ACIERTO (TMRA)	829	Menor o igual a 1150 MS	Menor o igual a 1150 MS
NUMERO DE ERRORES	0	Menor o igual a 7 UND	Menor o igual a 7 UND

REACCION AL FRENADO

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
TIEMPO PROMEDIO DE REACCION (TPR)	318	Menor o igual a 730 MS	Menor o igual a 730 MS

COORDINACION VISOMOTRIZ BI-MANUAL

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
TIEMPO TOTAL DE ERROR (TTE)	415	Menor o igual a 19930 MS	Menor o igual a 19930 MS
NUMERO DE ERRORES	2	Menor o igual a 15 UND	Menor o igual a 15 UND

PERCEPCION DE LA VELOCIDAD

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
TIEMPO MEDIO DE DESVIACION (TMD)	388	Menor o igual a 780 MS	Menor o igual a 780 MS

INTELIGENCIA

	Resultados Obtenidos	Grupo 1	Grupo 2
COEFICIENTE INTELECTUAL	110	>= 70	>= 70
INTELIGENCIA PRACTICA	ALTO	Alto 5 Aprobado ; Medio 3 a 4 Aprobados	Alto 5 Aprobado ; Medio 3 a 4 Aprobados

Estado: APROBADO 07-ene-2020 Comentario CUMPLE SIN RESTRICCION SEGUN RES. 217 DE 2104

Restricciones

NINGUNA

MARTHA LILIANA MORENO GOMEZ
Psicólogo
RM: 113987

Huella Psicólogo



RESULTADO FINAL

Teniendo en cuenta que el candidato identificado en este informe, fue evaluado conforme a los requisitos de la Resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y obtuvo los resultados aqui registrados, el Certificador emite el presente INFORME DE APTITUD FISICA MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ bajo las siguientes condiciones:

Diagnóstico General	Restricciones	Tipo de Trámite	Grupo y Categoria de la Licencia
APROBADO	NINGUNA	2 Refrendación	C2 Camiones Rígidos, busetas y buses de servicio Público

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 23 de noviembre de 2020 08:00 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023002930
Nombres y Apellidos	BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO		
Fecha de nacimiento:	22/03/1995		

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	01/02/2019	Fiebre Amarilla	N3N99	UPA CANDELARIA LA NUEVA
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	17/08/2017	Recombax B		
	Segunda dosis	20/10/2017	Recombax B		
	Tercera dosis	21/04/2018	Recombax B		
Influenza	Única	21/05/2020	Vaxigrip	U3B98	HOSPITAL EL TUNAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 23 de noviembre de 2020 08:00 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023002930
Nombres y Apellidos	BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO		
Fecha de nacimiento:	22/03/1995		

	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	01/02/2019	Sarampión -Rubéola	0128w1300z	HOSPITAL MEISSEN
Td	Primera dosis	17/08/2017	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Segunda dosis	20/10/2017	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	21/04/2018	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis	31/10/2015	Vacuna Antitetánica	160I4003E	CORPORACION MEDICOS S.A. SEDE TEUSAQILLO
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2 Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4 Número de formulario 14556509050

(415)770121489984 8020 000001455650905 0

5 Número de Identificación Tributaria (NIT)	6 DV	12 Dirección seccional	14 Buzón electrónico
7 0 0 0 8 3 2 3 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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 0 2 9 3 0	2 0 1 3 0 3 2 7

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
MADRIGAL	FORERO	BRAYAN	ESNEYDER

35 Razón social

36 Nombre comercial	37 Sigla

UBICACION

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

CR 14 R 74 20 SUR BRR MIRAVALLE

42 Correo electrónico	43 Código postal	44 Teléfono 1	45 Teléfono 2
bya9598@hotmail.es		4 7 0 1 6 8 5	3 2 0 9 7 5 4 7 5 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46 Código	47 Fecha inicio actividad	48 Código	49 Fecha inicio actividad	50 Código 1	2	51 Código	52 Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 0 0 6 2 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55 Forma	56 Tipo

Servicio	1	2	3
57 Modo			
58 CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos SI [ ] NO [X] 60 No. de Folios 0 61 Fecha 2 0 1 9 0 5 3 0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985 Cargo

Fecha generación documento PDF 07-06-2019 02:36:07P

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: 10/06/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 1023002930	BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 14 R 74 20 SUR Teléfonos: 3209754754

Dirección electrónica: bya9598@hotmail.es Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 10/06/2019 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 22/06/2010

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 22/06/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

SGS

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1023002930



NOMBRE

BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO

FECHA DE NACIMIENTO
22-03-1995

SANGRE-Rh
O+

FECHA DE EXPEDICION
15-11-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTA D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	15-11-2026	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	15-11-2021	PUBLICO



VALID 121551 09/18

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001037204

leración Colombiana De Municipios - Simit

ado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito.

la) señor(a) identificado(a) con Cedula No. **1023002930 (UNO CERO DOS TRES CERO CERO DOS NUEVE TRES ERO),** no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en lo ganismos de Tránsito conectados al sistema.

pedición: 04 de Marzo de 2021 a las 15:36

ta: **Este documento es válido durante la fecha de expedición**

rsos De Educación Vial

Ciudad Realización Curso	Fecha Curso	Número Curso	Nombre CIA		Número Resolución	Número Comparendo	Fecha Carga	Aplicado	Archivo Curso
gotá D.C. - Divipo reportada 01000	19/04/2018	5413532	CIATRAN	0		11001000000019069686	19/04/2018	Curso aplicado	Descargar

anterior

EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.C.A

Certificado

PRIMER RESPONDIENTE

Certifica que **BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO** con CC: **1.023.002.930** asistió y participo en el curso de capacitación en primer respondiente dictado en SOACHA, Cundinamarca el día **11 de MAYO de 2019** con una intensidad horaria de 30 horas

Dado a los 11 días del mes de mayo del 2019

Juan Ernesto Martínez
MEDICO

Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa

EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.Q.

Certificado

CONDUCCION DE VEHICULOS DE EMERGENCIA

Certifica que **BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO** con CC: **1.023.002.930** asistió y participo en el curso de capacitación en conducción de vehículos de emergencia (c.o.v.e.) dictado en SOACHA, Cundinamarca el día **23,24,25 de ABRIL de 2019** con una intensidad horaria de 50 horas

Dado a los 25 días del mes de abril del 2019

Juan Ernesto Martínez
MEDICO

Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Gerente Administrativa

Scanned with CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO identificado(a) con CC 1023002930 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: **17/01/2019**

Estado de la Afiliación: **ACTIVO**

IPS: **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes marzo del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

ellín, 04 de marzo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

BRAYAN ESNEYDER MADRIGAL FORERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023002930 registra en nu
de datos como trabajador(a) independiente.

ntinuación se relacionan los datos de la afiliación:
a inicio cobertura: 04/07/2019 **Fecha fin cobertura:**

ORMACIÓN DEL CONTRATANTE

RED SUR N900958564

VIDAD ECONÓMICA:
01 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, I
ITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIO
D, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INST
ALUD MENTAL

SE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
TRO DE TRABAJO: 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA
SE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTAC
SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

VIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
01 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS

ORMACIÓN DEL CONTRATISTA

VIDAD ECONÓMICA:
01 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS
IGO DE ACTIVIDAD: 4603201
SE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

lo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:
La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
El propio de la actividad ejecutada por el contratista.
rafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución

sea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea
visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un
C10230029302106355891

amente,

ción de Afiliaciones y Recaudos

tificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
te: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

tificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 04/03/2021 3.31 PM

sólo hay

IEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESAN
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

AN ESNEYDER MADRIGAL FORERO, identificado(a) con cédula de ciuda
.002.930, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Por**

sente certificación se expide el 4 de Marzo del 2021.

lmente,

cia de Clientes

cuenta:

mento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir,
acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.