

16/7/2018



Colombia Compra Eficiente

Confirmación de registro de Proveedor

NUMERO REGISTRO:



UTC -5 21:31:09



Usuario: JESSON OSWALDO SUAZA ROMERO

NIT: 80747345

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JESSON OSWALDO SUAZA ROMERO,

JESSON OSWALDO SUAZA ROMERO con el NIT 80747345 creada

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

¡Gracias por su registro!

Buscar...

Id de página: 14201741 Ayuda ?

JOTA

018000-52-0808 | Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-jul-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SUAZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES JEYSSON OSWALDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80747345	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 80747345 D.M. 2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES ABR AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá, D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 51 bis # 18 r 30 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 3507237388 EMAIL jeissonsuaza2104@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TL	4	X	auxiliar de enfermería	6 2017	80747345



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-jul-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD masivo capital	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@masivocapital.com	
TELÉFONOS 2205060	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 2 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 10 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO operador bus	DEPENDENCIA general	DIRECCIÓN av calle 26 n 59-51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD suma	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@sumasas.com.co	
TELÉFONOS 3846240	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 12 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO operador de padron	DEPENDENCIA general	DIRECCIÓN carrera 17 n 70-31 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD consorcio espress	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá, D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD consorcioespress@gmail.com	
TELÉFONOS 7431825	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 10 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO operador de bus zonal	DEPENDENCIA general	DIRECCIÓN calle 32 n 3 c 08	

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
PUBLICO	0	0
PRIVADO	2	7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SIETMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA FORMACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-Jul-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	7

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá 16 de Julio 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jeysson oswaldo Sosa
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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 80747345 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá, D.C.

Dirección calle 61 bis # 18 r 30 sur

Teléfonos 3022398659 3507237388

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
dilan stic suaza pardo	1023926082	HIJO(A)
alison xiomara suaza leon	1016727742	HIJO(A)

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	\$ 8.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 8.000.000,00

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
davivienda	AHORROS	488400286982	gran estacion	\$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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 ocasional o permanente son las siguientes:

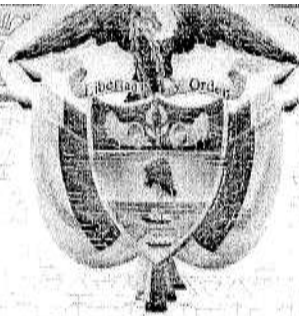
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Jeysson Oswaldo Soarez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-jul-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia
y en su Nombre
El Colegio C.E.D.I.D.
"Guillermo Cano Isaza"
Institución Educativa Distrital

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D. C.,
según Resolución No. 807 del 28 de Febrero de 2001 y
No. 2603 del 28 de Agosto de 2002

Confiero a

Isaza Romero Jeyson Oswaldo

Identificado (a) con C.C. No. 80747345

El Título de

Bachiller

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media según los planes y programas vigentes



Rector

Secretaria

Inscrito al Folio No. 8 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 27

Dado en Bogotá, D. C., a los treinta días (30) del mes de Noviembre de 2013

Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, Art. 11 del M.E.N.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según

Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
COLEGIO CEDID GUILLERMO CANO ISAZA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA NOCTURNA
CARRERA 16C No. 62-35 SUR MEISSEN
Teléfono: 7650665
Bogotá D.C.

Inscripción S.E.D. 5000

Inscripción DANE 111001044385

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los treinta (30) del mes de Noviembre de 2013, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del CICLO VI (Grado 11), según Decreto 3011 de diciembre de 1997, los suscritos Rector y Secretaria del COLEGIO CEDID GUILLERMO CANO ISAZA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, Aprobada según Resolución No. 2603 del 28 de agosto de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER

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

SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO

Identificado (a) C.C. No. 80747345

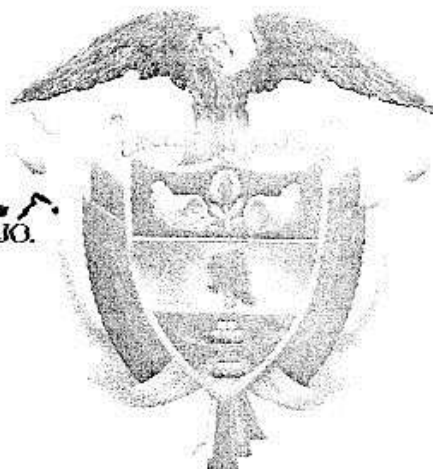
Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 022, del 30 de Noviembre de 2013, consta de 97 Alumnos; comienza con el nombre de **AGUILERA LETRADO LEIDY ANDREA** y, termina con el nombre de **ZULETA DAVILA MICHAEL**. Firmada por **MANUEL ENRIQUE PÉREZ MORENO** (Rector) y **MARTHA ISABEL SERNA VALLEJO** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C., a los treinta (30) del mes de Noviembre de 2013.

No requiere Registro de Secretaria de Educación Distrital, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


MANUEL ENRIQUE PÉREZ MORENO
Rector
C.C. 19.136.771 de Bogotá


MARTHA ISABEL SERNA VALLEJO
Secretaria
C.C. 51.801.749 de Bogotá





LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1339 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Interseccional para el Talento Humano en Salud, Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Interseccional para el Talento Humano en Salud, Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO

C.C. 80.747.345 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 24 Días del Mes de Junio de 2017
Anotado en el Folio 16673 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 154 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

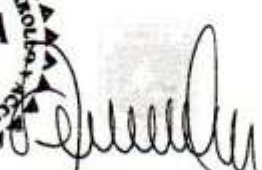
ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 037

ACTA INDIVIDUAL N° 16673

En Bogotá D.C. a los 24 días del Mes de Junio del año 2017
J E Y S S O N O S W A L D O S U A Z A R O M E R O
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 80.747.345 de Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 16673 del Libro 06 del Registro de FUSDESA




NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA




PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO



La República de Colombia
y en su nombre
**FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN**

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Atención de Fundamentación No. 1330 - 22 de Abril de 1999, emanado de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 13 de febrero de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro programa No. 15-096 del 20 de agosto de 2010, emanado de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Septiembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro programa No. 15-021 del 17 de junio de 2016 emanado de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que:

Jesyon Doraldo Duque Romero

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

[Signature]

Francisco Salimón Gómez

Coordinadora



Septiembre 09 de 2017

[Signature]

Boonente

Bogotá, D.C.



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de marzo de 2010,
emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: **Leyson David Juana Romero**

Asistió al curso Básico de
PRIMEROS AUXILIOS
Con una intensidad de 20 horas



Roberto Galindo González
Presidente

María Elena Janeth Cely Ramírez
Directora Académica

Instructor Socorrista

Hecho En Bogotá, D.C. a los 21 Días Del mes De Abril De 2012



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010,
emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que:

Seixen Arnaldo Chuza Romero

Asistió al curso Básico de

CAMILLERO

Con una intensidad de 40 horas



Roberto Galindo González

Presidente

Dra. Ylva Janeth Ojeda Ramírez

Directora Académica

Instructor

Dada En Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Abril del 2012



FUNDESA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUNDESA"

Educación para el trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 de 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud
Y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitida por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.
Registro del programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.
Registro del Programa No.15-021 del 17 de Junio de 2016, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que:

YÉYSSON OSWALDO SUÁZA ROMERO

C.C.:80.747.345 De Bogotá D.C.

Asistió al Seminario

**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL**

Con una intensidad de 20 horas



NANCY GACINDO GÓMEZ
DIRECTORA

GERMAN ROZO TOVAR
DOCENTE

OTRERO Yéysson Oswaldo
C.C. 80.747.345
Registro 00369486

Dado en Bogotá D.C., a los 22 Días del Mes de Septiembre de 2017

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de socorristas desarrollo y acción Fudoesca
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jeysson Osvaldo Santa Pomer 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...."

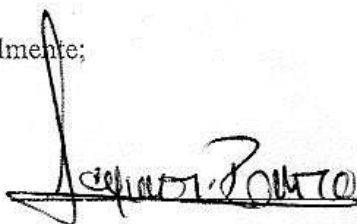
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Técnico Auxiliar en Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

80747345

Tarjeta profesional No:

80747345

Dirección de contacto:

Cll 64 Bis # 18 K 30 S.

Teléfono:

302-239 8659 350 723 73 86

MASIVO CAPITAL S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El (la) Señor (a) SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 80747345, estuvo vinculado (a) en nuestra organización durante el siguiente periodo:

Fecha de Ingreso : 22 de febrero 2017

Fecha de Retiro : 03 de octubre 2017

Ultimo Cargo Desempeñado : OPERADOR BUS

Tipo de Contrato : CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO

La presente certificación se expide el 03 de octubre 2017

Cordialmente,



MARY LUZ PIÑEROS RAMIREZ
Gerente de talento humano

Elaborado por: Cesar Villalobos

ORGANIZACIÓN SUMA SAS

NIT 900364615 - 6

Certifica

El señor(a) **JEISSON OSWALDO SUAZA ROMERO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 80747345 estuvo vinculado(a) a nuestra organización desde el día 15 de diciembre de 2015 al 10 de junio de 2016, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE PADRON.**

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, el 14 de junio de 2016.

Cordialmente



CAROLINA CANTOR CUERVO
Táctico De Formación Y Desarrollo



**LA COORDINADORA DE COMPENSACIÓN Y BENEFICIOS DE
CONSORCIO EXPRESS S.A.S.**

CERTIFICA

Que el señor **SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO** con cédula de ciudadanía número **80747345**, laboró para nuestra compañía desde el **18 de octubre de 2013** hasta el **13 de abril de 2015**, desempeñando al momento de su retiro el cargo de **OPERADOR DE BUS PADRÓN ZONAL**.

Se expide a solicitud del interesado a los 13 de abril de 2015

Cualquier información adicional con gusto será suministrada.

Atentamente,

Consorcio
Express
Nit: 900 365 740-3

LUZ STELLA MARTINEZ BONILLA
Coordinador de Compensación y Beneficios

AFBG

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80747345**

SUAZA ROMERO
APELLIDOS

JEYSSON OSWALDO
NOMBRES

JEYSSON OSWALDO SUAZA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1984**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

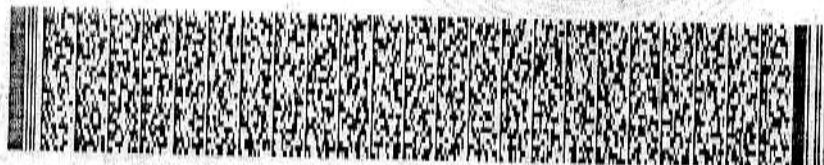
M

SEXO

16-JUL-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500106-47107761-M-0080747345-20021105

0685502304A 01 131676086

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14473619162



(415/7707212489504(8320) 0000014473619162

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

8 0 7 4 7 3 4 5 - 3

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

8 0 7 4 7 3 4 5

27. Fecha expedición:

2 0 0 2 0 7 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SUAZA

32. Segundo apellido

ROMERO

33. Primer nombre

JEYSSON

34. Otros nombres

OSWALDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 61 D BIS 18 K 30 SUR BRR LUCERO

42. Correo electrónico:

jeissonsuaza2104@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 2 2 3 9 8 6 5 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 0 5 2 7

48. Código:

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 7 1 2

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

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:	1	2																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 1 2

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 MANCERA RODRIGUEZ RAFAEL AUGUSTO

985. Cargo: Analista II

CONTRIBUYENTE NIT 80747345-3 JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO

Información General

Dirección CL 61D BIS 18K - 30 SUR BRR LUCERO

Teléfonos 3022398659

Dirección electrónica jeissonsuaza2104@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/07/2018

Soporte Inscripción 17651309

Fecha Inicio Actividades 12/07/2018

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario RÉGIMEN 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: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003025150



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80747345, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JEYSSON
Segundo Nombre:	OSWALDO
Primer Apellido:	SUAZA
Segundo Apellido:	ROMERO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	80747345
Clase Libreta Militar:	Primera Clase

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 16 días del mes de Julio de 2018, a las 9:42:34 PM.

Cordialmente,

TC. NESTOR LEONARDO DÍAZ LEÓN

Jefe Oficina Orientación y Atención al Ciudadano JEREC

Generó: Sistema Fénix



**FE EN LA CAUSA
"ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR"**

JEFATURA DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
AVENIDA CARACAS No. 9-51 PBX: (1) 3362211 BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 12478 de 27/10/2017

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) SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO Identificado(a) con CC número 80747345 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA el día 24/06/2017.

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 SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO identificado(a) con CC número 80747345 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 27/10/2017

Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

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

Revisó: Sebastián Quiroz
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 05-01-2018
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jeysson Oswaldo Suza
CC. # 80747345
Firma [Firma]

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 *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

80747345

Primer Nombre *

JEYSSON

Primer Apellido *

SUAZA

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	80747345	JEYSSON	OSWALDO	SUAZA	ROMERO	Ver

Información Detallada [CC: 80747345] JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2017/10/27	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

[illegible][illegible]



SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 16/07/2018 12:51:00 Empresa PARTICULAR

Nombre JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO

Cargo AUXILIAR

Doc. Identidad CC 80747345



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐			

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

AL EXAMEN FÍSICO APTO PARA EL CARGO.

USO DE EPP SEGUN LABOR. ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PAUSAS ACTIVAS OSTEMUSCULARES, HIGIENE POSTURAL ADECUADA, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES TRABAJO SEGURO Y RIESGOS DE CAIDA EN LA EMPRESA. INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE

Clara Ines Restrepo D.
Dra. Clara Ines Restrepo D.
Médica Especialista Salud Ocupacional
E.S.O. 0274/8

CLARA INES RESTREPO DIEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
CC: 22449933 RM: LBO0274/8 RENOV: RES4970

Jeysson Oswaldo Suaza
Trabajador: JEYSSON OSWALDO SUAZA
CC 80747345

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



NY 920157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PROPIOS DE LA EMPRESA ACORDES CON LOS RIESGOS EXISTENTES EN LOS LUGARES DE TRABAJO DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1409 DEL 23 DE JULIO DE 2012 Y RECOMENDACIONES GENERALES APTITUD

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Clara Ines Restrepo D.
Dra. Clara Ines Restrepo D.
Médica Especialista Salud Ocupacional
C.S.O. 0274/8

CLARA INES RESTREPO DIEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
CC: 22449933 RM: LSO0274/B RENOV: RES4970

Trabajador: JEYSSON OSWALDO SUAZA
CC 80747345

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Capture Formulas



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud
y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que:

Josson Darold Juana Romero

Asistió al curso de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 50 horas

Nancy Salgado Gomez
Coordinadora



Ponente

Bogotá, D.C. Septiembre 02 de 2017

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT									
FECHA: 16-07-18		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: CONDOR MARCA					
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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.									
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)									
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>				
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
SUDRA		RODRIGO		JEYSSON		OSWALDO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ INUP ☐		80747345		BOGOTÁ		16-07-2002			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
21-04-1984		BOGOTÁ		COLOMBIA		COLOMBIANO			
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NÚMERO DE HIJOS		TELÉFONO CELULAR			
SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ UNION LIBRE ☒ VIU/A ☐				2		3022318659			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA									
MATERIA ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ PASADILLA ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐		CUAL: <input type="text"/>		PROFESIÓN		OFICIO			
						Auxiliar de Enfermería			
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA:		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA:	
Calle 14 # 18-303		BOGOTÁ		CONDOR MARCA		COLOMBIA		350735388	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒			
Jeysson Susta 2104@gmail.com									
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELÉFONO/FAX:	
2. DATOS DEL CONYUGE									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
LEON		NEIRO		FRANCY		HELEN			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ INUP ☐		103689707		BOGOTÁ		10-07-2014			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANO			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:									
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL ☐ INDEPENDIENTE ☐		ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐		HEGAR ☐ COMERCIANTE ☐		PENSIONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRA <input type="text"/>		CUAL: <input type="text"/>	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA			
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8692			
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☒			
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒					
FISCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRACIÓN PÚBLICA		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 ☐		FINIT					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTES ☐ TECNOLÓGICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐									
OTRA ☐ CUAL: <input type="text"/>									
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN	

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
PENSIÓN/RENTA		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
AVUENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	800.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
* No debe ser familiar o persona con el mismo apellido y debe ser residente en el mismo domicilio.			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Suarez	Hernandez	Julio	Cesar
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
Cra 184 62-11 Sur	Bogotá	Amigo	305 3863297

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SECUSAL	TELÉFONO
DAMIENDA	Cta	0402205	4884028592	GRAN ESTACION 4500 300 000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	ALMBRO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
					CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS
 Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2004 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

Auxiliar de enfermería.

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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o deprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratista 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 Empresa: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.	
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el RUT 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente reportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)	

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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 requeridos de acuerdo a 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 lo 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:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 - 43, 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas 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, Fasecolde, 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 INFORMACIÓN: 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.

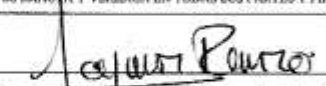
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta 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 a) 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: sarlaff@subredcentroorientes.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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, 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.subredcentroorientes.gov.co/) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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:	

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



Nº de Radicación: 1161072018

Fecha de Radicación: 11/07/2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Resultado de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De otro ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Unico ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Perjudicado ☐

Código (a registrar por la EPS): 302239869 302137388

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

6. Apellidos y nombres: SUJATA RAMIRO JESSON OSWALDO

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 80747345 9. Sexo: Masculino ☒ 10. Fecha de nacimiento: 21/04/1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Indígena 12. Discapacidad: No 13. Puntaje SISBEN: 1 14. Grupo de población especial: No 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 302239869 16. Administradora de pensiones: 302137388

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.100.000 18. Residencia: C/1 G/13 # 152805 19. Zona: Urbana 20. Municipio: BOIVAR 21. Departamento: CAROLINA

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

22. Apellidos y nombres: JESSON SUJATA 23. Tipo de documento de identidad: CC 24. Número de documento de identidad: 80747345 25. Sexo: Masculino ☒ 26. Fecha de nacimiento: 21/04/1984

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

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

28. Fecha de nacimiento		29. Discapacidad	30. Datos de residencia		31. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Día	Mes	Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

32. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: IPS BOLIVAR 33. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 302239869

34. Nombre o razón social: IPS BOLIVAR 35. Tipo de documento de identificación: CC

36. Número del documento de identificación: 80747345 37. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): Dependiente

38. Ubicación: BOIVAR

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

39. Tipo de Novedad: 1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐

7. Ingresos de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autónoma para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autónoma para realizar afiliaciones colectivas ☐

13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de pensión al estado ☐ 17. Reporte de la cantidad de Pre-pensionados ☐ 18. Reporte de la cantidad de Pensionados ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: 42. Tipo de documento de identidad: CC 43. Número de documento de identidad: 80747345 44. Sexo: Masculino ☒ 45. Fecha de nacimiento: 21/04/1984 46. Fecha: 11/07/2018

47. EPS anterior: IPS BOLIVAR 48. Motivo de traslado: Traslado 49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: 302239869

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: ☐ 51. Declaración de la no obligación de silencio al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: ☐ 52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que sustentan la condición de beneficiarios: ☐ 53. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: ☐ 54. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: ☐

55. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reportante de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades subscritas que por sus funciones lo requieran: ☐ 56. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1257 de 2012 y el Decreto 1277 de 2013: ☐ 57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: ☐

VIII. FIRMAS

58. Firma del afiliado o beneficiario: [Firma]

IX. ANEXOS

59. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cens ☐ RC ☐ Cens ☐ TI ☐ Cens ☐ CC ☐ Cens ☐ RA ☐ Cens ☐ CE ☐ Cens ☐ CC ☐ Cens ☐ SC ☐ Cens ☐ Total ☐

60. Copia de la resolución de inscripción permanente emitida por la autoridad competente: ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de extinción: ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la tenencia de los hijos: ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud: ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autónoma para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio: ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Constitución de la entidad territorial: BOIVAR 67. Dato del SISBEN: 1 68. Fecha de radicación: 11/07/2018 69. Fecha de validación: 11/07/2018

70. Datos del funcionario que realiza la validación: 71. Firma del funcionario: [Firma]

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO** identificado(a) con CC número **80.747.345** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de octubre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de julio de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute

Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018071122574

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80747345

Numero de Documento

Bolívar

ARL

Jeysson

Primer Nombre

Oswaldo

Segundo Nombre

Suaza

Primer Apellido

Romero

Segundo Apellido

21-04-1984

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ

Ciudad de Nacimiento

CALLE 1 BIS # 1843051

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Proteccion

AFP - Pensiones

\$ 1.524.600

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

JeyssonSuaza2104@gmail.com

Correo Electrónico

3507237388

Celular



Firma del Afiliado


Sandra León
Enfermera Jefe
C.C. 52.284.299

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 112185680



WEB
21:02:50
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 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) JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80747345:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 16 de julio de 2018, a las 15:14:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80747345
Código de Verificación	80747345180716151455

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



Bogotá D.C., 11 de Julio de 2018 - 21:09 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) **JEYSSON OSWALDO SUAZA ROMERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO** de BOGOTÁ, D.C.

80747345

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.

HELMULT DIONEY VALLEJO TUNJO
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

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_Y85GJ_0821**

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 21:11:33 horas del 11/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **80747345**

Apellidos y Nombres: **SUAZA ROMERO JEYSSON OSWALDO**

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° 38 - 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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA

2018/07/12

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JESSON OSWALDO SUAZA ROMERO
con Cédula de Ciudadanía número 80747345
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 488400286982 ✓

Fecha Apertura 2018/07/12

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

