

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión

Entidades BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS

BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS con el NIT 1013582447 creada

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

[Haga clic aquí para continuar >](#)



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN GESTIÓN DEL EMPLEO Y LA IDENTIFICACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jul-2017

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

Rapto Dc. 25 octubre 2017
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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: 21-jul-2017

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD unidad de servicios rafael uribe uribe	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fernando.beltranuu@gmail.com	
TÉLFONOS 596600 ext 1034	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 5 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO digitado	DEPENDENCIA atencion al usuarios	DIRECCIÓN Cr13 26 A-66 S	

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	2	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	2

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 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 21-jul-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AGUILAR	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARDENAS	NOMBRES BRAYAN STEVEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013662447	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1013662447 D.M. 51		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES OCT AÑO 1995 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Kr5 h No 48m PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 7723867 EMAIL brayan17cardenas@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	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DIC	AÑO	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
TC	1	X		CRIMINALISTICA		7	2015	



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 1.013.662.447 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento CUNDINAMARCA Municipio BOGOTA

Dirección CALLE 48 T N 5 L 20 APT 2012 Teléfonos 3209610951-7723867

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LIAM ESTEBAN AGUILAR CASALLAS	1.021.692.040	HIJO

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	9.450.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 9.450.000

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
BBVA	AHORROS	294050935,00	FUNZA / CUNDINAMARCA	1000 PESOS

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	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

BRAYAN STIVEN AGUILAR CARGENAS

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA, 25 DE OCTUBRE DE 2017

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

**Liceo Técnico Microempresarial
Feyser Gordillo Rojas**

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D. C.
según Resolución No. 7511 de Noviembre 20 de 1998*

Confiere a:

Brayan Stiven Aguilar Cardenas

C.I 95102306167

El Título de:

**Bachiller Técnico con Énfasis en
Administración de Empresas**

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Técnica satisfactoriamente según los planes y programas vigentes
y el Proyecto Educativo Institucional: Creatividad en Marcha*



Rector

Secretaria

Anotado al Folio No. 8 para el control interno de Diplomas

Dado en Bogotá, D. C. a los 6 (seis) días del mes de Diciembre de 2013

**No requiere de Registro de Secretaría de Educación .
Según decreto 921 del 6 de mayo de 1991**



Liceo Técnico Microempresarial Feyser Gordillo Rojas

Acta Individual de Grado

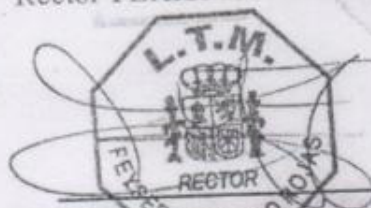
En la ciudad de Bogotá, D.C. a los seis días del mes de Diciembre de 2013 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del Colegio Liceo Técnico Microempresarial Feyser Gordillo Rojas Institución Educativa aprobada y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, hasta grado ONCE en Educación Media Técnica, conforme a la resolución No. 7511 del 20 de noviembre de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al grado ONCE de Educación Técnica Media, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO TÉCNICO EN LA MODALIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, al graduado que a continuación se relaciona:

Aguilar Cardenas Brayan Stiven
C.I. 95102308167

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 017 del seis de Diciembre del Año 2013, consta de 39 alumnos, comienza con el Nombre de Acosta Buitrago Jhonata Stick y cierra con el nombre de Valencia Santos Lina Maria

Dada en Bogotá, D.C. a los seis (6) días del mes de Diciembre de 2013 y firmada por el Rector YEHISMEN FAGUACAMEN y la Secretaria Académica LUZ DARY CAICEDO.


YEHISMEN FAGUACAMEN
C.C. 80.067.617 de Bogotá
Rector


LUZ DARY CAICEDO
C.C. 52.443.749
Secretaria Académica



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.662.447

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellín, a los seis (6) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

44765718 - 06/07/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9401001454682CC1013662447C.



EL CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICA

Que BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.013.662.447 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Medellín, a los seis (6) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

SENA: Una Organización con Conocimiento



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Secretaría Distrital de Integración Social, Proyecto "Por una Ciudad Incluyente y sin Barreras" de la Dirección Poblacional

Hace constar que

BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS

C.C. 1013662447

Participó en el proceso de capacitación en competencias para la atención inclusiva de personas con discapacidad, dirigido a servidores públicos,

**Estrategia de Fortalecimiento a la Inclusión
JULIO 2017**

Michael Ruíz Falach
Asesor Poblacional y Líder Proyecto "Por una Ciudad
Incluyente y sin Barreras"

Nadia Vanegas Hurtado
Coordinadora Distrital Estrategia de
Fortalecimiento a la Inclusión Proyecto "Por
una Ciudad Incluyente y sin Barreras"

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRA ACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. suscribió en su momento el con BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS, C.C. No. 1.013.662.447, Con cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

OPS	VISE		
994	2015	04 de Mayo de 2015	31 de Enero de 2016
473	2016	11 de Febrero de 2016	29 de Febrero de 2016
1136	2016	01 de Marzo de 2016	31 de Julio de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

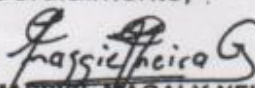
PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 10.145.314.00
\$ 722.165.00
\$ 6.088.270.00

Se expide la presente certificación a solicitud de BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS, en Bogotá D.C. a los Veinticuatro (24) días del mes de junio de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS

Cordialmente,


MASSIEL MAGALY NEIRA GONZALEZ
Profesional Universitario I OPS

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Massiel Magaly Neira González-Profesional Universitario I- Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez - Auxiliar Administrativo II-Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.662.447

AGUILAR CARDENAS

APELLIDOS

BRAYAN STIVEN

NOMBRES

Brayan A.C.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1995

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

25-OCT-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00517027-M-1013662447-20131126

0035953550A 1

40153088

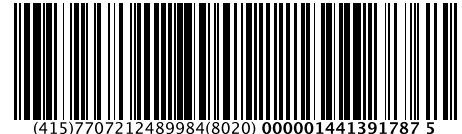
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14413917875



(415)7707212489984(8020) 000001441391787 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 6 2 4 4 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 0 1 3 6 6 2 4 4 7

27. Fecha expedición:

2 0 1 3 1 0 2 5

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

AGUILAR

32. Segundo apellido

CARDENAS

33. Primer nombre

BRAYAN

34. Otros nombres

STIVEN

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 48 T 5 L 20 SUR BRR MARRUECOS SEGUNDO SECTOR

42. Correo electrónico:

brayanstivenaguilarcardenas@hotmail

43. Código postal

111111

44. Teléfono 1:

3 2 0 3 8 8 7 9 6 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 4 2 4

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Otras actividades

51. Código

Ocupación

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 0 5 0 3

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 AGUILAR CARDENAS BRAYAN STIVEN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-10-2017

Hora: 4:16:54 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1013662447-7 **BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS**

Información General

Dirección

CL 48T 5L 20 SUR

Teléfonos

3203887960

Dirección electrónica

brayanstivenaguilarcardenas@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción

24/04/2015

Sopóte Inscripción

16677612

Fecha Inicio Actividades

24/04/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos:

0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica

PERSONA NATURAL

Régimen Tributario

REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002324363



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1013662447

APELLIDOS Y NOMBRES
AGUILAR CARDENAS
BRAYAN STIVEN



PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
2025 31-DIC	2035 31-DIC	2045 31-DIC

FECHA DE EXP. 08 OCT 2014
PROFESIÓN BACHILLER UM
ESP. MIL AUX. INPEC
ESCUE

Mr. Bolaños Walter
CDTE DIM 51
CDTE DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales 2014 249 113298



- Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tomar posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
- En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



00778447



MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO

INPEC

SUBDIRECCIÓN CUERPO DE CUSTODIA
TARJETA DE CONDUCTA

El _____
hace Constar que el AUXILIAR BACHILLER _____

Con tarjeta Reservista No. _____

Observo MUY BUENA conducta durante su servicio

militar obligatorio en esta Unidad, del _____ al _____

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y POSTFIRMA

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	04 ENE 2017	L 1434025.05 V. 2018/11/28	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	2	23 MAY 2017	L 1434025.05 V. 00/18/0019	
	3	25 OCT 2017	L 1434025.05 V. 2020-01-09	
	R			
HEPATITIS A+B	1			IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	2			
	3			
TRIPLE VIRAL	1			IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1	16 JUN 2017		IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			Centro Especializado en Vacunación
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICA	1			
	2			IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	3			
F. TIFOIDEA	1			

CERTIFICADO DE VACUNACION
Centro Especializado en Vacunación

GeralMedic® No 3961

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - COD. DEL PRESTADOR (110012180401)

Nombre: Blayon Aguilar Cardenas

Identificación: 1.013.662.447

Teléfono: 7723867 F.N. 23-007-95

SEDE BOGOTA: Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olays - Tel: (01)408 21 80
Cel: 321 322 90 92 - 320 420 17 13 - WWW.vacunarcolombia.com

SEDE RISARALDA: C. Emp. Guadalupe Plaza Calle 35 No. 15-19
Of. 325 - Tel.: 342 88 90 - Cel: 310 799 11 24 - Dos Quebradas Risaralda

SEDE META: Cel: 320 420 40 74 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 30/11/2016 09:24:02
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS C.C 1013662447
EDAD 21 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR TECNICO



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☒	
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐
Audiometría	☐	Cuales			
Espirometría	☐	Radiografías			

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

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR.
NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS, CONTROLES POR EPS.
VALORACION POR NUTRICIONISTA EPS.

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE



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


Dr. LUIS FERNANDO MARTINEZ G.
Médico Cirujano
Especialista en Gerencia
En Salud Ocupacional
Lic. S.O 2440/25/02/2014
FIRMA DEL ESPECIALISTA

Certificación Semanas de Cotización

El Señor BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS , identificado con Cédula Ciudadanía 1.013.662.447, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS		
Número de identificación:	1013662447	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Fecha de retiro:		Semanas Cotizadas cotizante:	742
Dirección actual de residencia:	CARRERA 5 A 48 M 29 SUR	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7723867	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1013662447	Aguilar Cardenas Brayan Stiven	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1021692040	RC	LIAM ESTEBAN AGUILAR CASALLAS	01/08/2017	VIGENTES		85
BENEFICIARIO	99092802791	TI	LAURA MILENA CASALLAS CASTAÑEDA	01/08/2017	VIGENTES		78

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

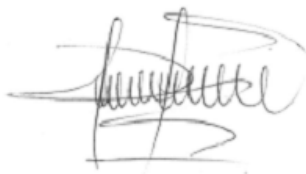
Elaboro:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1013662447**, se encuentra afiliado (a) desde **29/04/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de julio de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 112946007



WEB

22:03:12

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 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) BRAYAN STIVEN AGUILAR CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013662447:

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 JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 28 de julio de 2018, a las 22:05:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013662447
Código de Verificación	1013662447180728220538

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 28 de Julio de 2018 - 22:07 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE**

1013662447

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **7_QNU4N_0722**

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:10:28 horas del 28/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013662447**

Apellidos y Nombres: **AGUILAR CARDENAS BRAYAN STIVEN**

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.

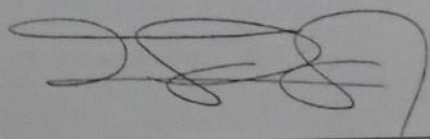
BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1

Certifica

Que nuestro(a) cliente AGUILAR CARDENAS BRAYAN STIVEN, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.013.662.447 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 0013-0294-00-0200050935 aperturada el 21 de marzo del 2014, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los 17 días del mes de **noviembre** del año 2017.

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013 662 447

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Brayan

Primer Nombre

Stiven

Segundo Nombre

Aguilar

Primer Apellido

Cardenas

Segundo Apellido

23 / 10 / 1995

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

c/1401 #56-20

Dirección de Residencia

7723867

Teléfono Fijo

Medimas

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

s 1 410.000

Honorarios

Aux. de Atención al Usuario

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Brayan17cardenas@gmail.com

Correo Electrónico

3209610951

Celular

Brayan A.C

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	30-09-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Aguilar	Cárdenas		Bayan	Steven	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒	CE ☐	RC ☐	NIUP ☐	101366247	25-oct-2013
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA		SI ☒	NO ☐
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
23-10-1995	Bogotá - Cundinamarca	Colombia	Colombiano		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		1	1	309610951	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐
TECNOLOGO ☒					CUAL: <input type="text"/>
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Cil 481 # SL - 20 Art. 202	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	7723867	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
Bogotacardenas@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☐	CE ☐	RC ☐	NIUP ☐		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA		SI ☐	NO ☐
CUAL:				NACIONALIDAD:	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA: <input type="text"/>			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒
CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐			
8299		24-04-15			
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒
				AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐
					NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ☒		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☒		# NIT 900.959.051-7	
DIRECCION DE LA EMPRESA Dg 34 N° 5-34		TELEFONO 5966000 ext. 1034		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá	
CARGO ACTUAL Orientador		DEPARTAMENTO Cundinamarca		PAIS Colombia	
FECHA VINCULACION 1-07-2018					

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1'410.000	GASTOS FAMILIARES	400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	300.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	250.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'410.000	TOTAL EGRESOS	950.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
<small>(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)</small>			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Diaz	Hernandez	Erika	Natalia
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
	Bogotá	Amiga	311 892 6387

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BSUA	Ahorro	294050935	Fuzca	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS: IMPOR ☐ ON ☐ EXPORTA ☐ N ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ 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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":	
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesion, negocio, etc.): Orientador - Auxiliar de Atención al usuario	
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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive a por infracción, acción, falta o incumplimiento que hubiere ocasionado en este documento, a la liquidación del mismo.	

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante <i>Nota:</i> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario. RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>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)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.		
CONSIDERACIONES		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>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 contenidas 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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACION		
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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 de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Brayan J. C.

Firma Cliente/ Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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