Bogotá D.C., ABRIL de 2021

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

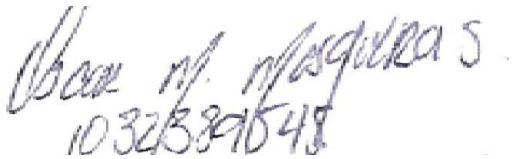
ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

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

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

Atentamente,



FIRMA
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ
NÙMERO DE CÈDULA 1032389545
DIRECCIÓN KR 82A 6B 30 CASA 210
TELEFONO 3117030459
CORREO ELECTRÓNICO MAUROMOS@OUTLOOK.ES

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MOSQUERA	SUAREZ	OSCAR MAURICIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032389545

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1032389545 D.M esmic

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES ABR AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kr 82a 6b 30

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5518425

EMAIL oscarmms1987@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2004
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PRIMEROS AUXILIOS PARA CONDUCTOR E	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE	2019	40
OPERACION DE VEHICULOS DE EMERGENCIA	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE	2019	40

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 31-mar-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E S E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D C	Bogotá D C	Contactenos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7300000	DIA 8 MES 5 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Conductor ambulancia aph	Aph	Kr 20 # 47b 35

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	Bogotá D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2631900	DIA 1 MES 9 AÑO 2017	DIA 4 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR DE AMBULANCIA	ASISTENCIAL	KR 81D 25B 49

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
S.O.S. SALUD S.A.S.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4940555	DIA 12 MES 4 AÑO 2016	DIA 12 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR DE AMBULANCIA	ASISTENCIAL	NO REGISTRA

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 31-mar-2021

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 VITAL LIFE S A S	PUBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D C	MUNICIPIO Bogotá D C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7429502	FECHA DE INGRESO DIA 25 MES 10 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DIA 10 MES 9 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO CONDUCTOR DE AMBULANCIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN CALLE 102A 70G 19	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	2	5
Publica	1	10
Total	4	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá DC
23-04-2021

Oscar Mosquera S
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

338477

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-mar-2021

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.

Bogotá DC. 23-04-2021

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032389545 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Kr 82a 6b 30 **Teléfonos** 3117030459 5518425

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VALENTINA MOSQUERA GONZALEZ	1023167584	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 12.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	476270013404	BOGOTA	$ 100,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
JENNY MARCELA SALAZAR	ARRIENDO	$ 750.000,00
SARA GONZALEZ	PENSION ALIMENTICIA	$ 200.000,00

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 3.0

Ultima Actualización: 31-mar-2021

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 (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ADRIANA MARCELA PAULA BORDA	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	52930978

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Oscar Mosquera S

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 31-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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

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

FECHA:	04/02/21	CIUDAD:	Bogota Dc	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mosquera	Suarez	Oscar	Mauricio

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1032389545	Bogota - Cundinamarca	2005-06-17
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25-04-1987	Bogota - Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐	CASADO(A) ☒	DIVORCIADO(A) ☐		2	1	3117030459
UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐					

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

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Kr 82a 66-30	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	4596031

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

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Borda	Bonilla	Adriana	Marcela Paula

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52930978	Bogota - Cundinamarca	2000-09-07
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

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

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	N.A

Escaneado con CamScanner

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	# NIT	N.A

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

OTRA ☐ CUAL: N.A

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
CARGO ACTUAL	N.A		FECHA VINCULACIÓN	N.A

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	N.A	GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS	N.A	SALDO HIPOTECA	N.A
HONORARIOS	1.700.000	ARRIENDOS	700.000	INVERSIONES	N.A	TARJETAS DE CRÉDITO	N.A
ARRIENDOS	N.A	CUOTA VEHÍCULO	N.A	VEHÍCULOS	N.A	DEUDA VEHÍCULOS	N.A
COMISIONES	N.A	CUOTA VIVIENDA	N.A	PROPIEDADES	N.A	DEUDAS TERCEROS	N.A
OTROS INGRESOS*	N.A	OTROS EGRESOS*	200.000	OTROS ACTIVOS*	N.A	OTROS PASIVOS*	N.A
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
N.A	N.A	N.A	N.A

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castillo	Castellanos	Carlos	Eduardo
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
Cl 6A #87A-51 Loc 7	Bogota-Cundinamarca-Colombia	Amigo	4516251-3003276342

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

CUAL:

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Actividades como Conductor

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Escaneado con CamScanner

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO - AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, 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 exigidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud a los estatutarios institucionales para la *Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo*.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio no obligaría un requisito de una autorización de su titular la cual provenga de la Ley.
3. Que los datos personales solicitados 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, entiéndase por la E.S.E. Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E. con Nit 900958584-9, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la E.S.E y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenda las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud me han informado, explícitamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contratante contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la E.S.E 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia – DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la E.S.E 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 E.S.E y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados externos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecucion, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF. Previsión ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades de tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hacen 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 biometricos. 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 Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Carrera 20 #47B : 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9. AUTORIZACIÓN. De manera expresa AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Oscar Mosquera S

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de abril de 2021, a las 18:24:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032389545
Código de Verificación	1032389545210405182455

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4406123

Bogotá D.C., 5 de Abril de 2021 - 18:22 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) **OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO** de BOGOTA D.C.

1032389545

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 4_5U1N9_2218
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 18:29:09 horas del 05/04/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032389545**
Apellidos y Nombres: **MOSQUERA SUAREZ OSCAR MAURICIO**

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

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

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

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

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 164165746

WEB
18:20:18

Bogotá DC, 05 de abril del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032389545:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Clinisur IPS Ltda.

Reporte Psicomotriz



Nombres: **OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ**
Doc: CC1032389545
Orden: 527598 - Clinisur IPS Bogota
Fecha: 10/03/2021
Ocupación: CONDUCTOR

CLINISUR IPS 1 LTDA
Clinisur IPS Bogota
900148264-9
Cll 27Sur #19-07 Bogota
Tel.2784705

Resumen de Resultados Test Psico-Motríz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.57
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.57
Num. Errores	<= 5 Errores	0
Reacciones Múltiples		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	0.768
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	0.768
Num. Errores	<= 7 Errores	0
Reacción al Frenado		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.56
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	0
Num. Errores	<= 15 Errores	0
Velocidad de Anticipación		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.137

Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#
CC1032389545	2021-03-10 13:21:18	AGX-PT3	3059	2.0.0.5	792	PT3-04

Observaciones:
EL EVALUADO SE ENCUENTRA DENTRO DE SU PROMEDIO NORMAL, NO PRESENTA AFECTACIONES A NIVEL PSICOMOTRIZ

Servicios Ordenados:	Status/Certificado
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos)	Aprobado

Daniela Estefanía Gómez Avila
Esp. Psicología Ocupacional
Y Organizacional
Resolución No. 13284 de 14/11/2017

Daniela Estefanía Gómez Avila
Psicologa , TP. 149574

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ
Evaluado

Escaneado con Ca

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

12715

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: OSCAR

Apellidos: MOSQUERA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1032389545

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 04 Año 1987

Escaneado con Ca

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27-02 2021	PFIZER	EN1195 6/21	UMTTES TUNAL	Karen Pineda S. Aux. Enfermería C.C. 1030625376	1030625376
	2	20 Marzo 2021	PFIZER	EN1195 06/21	UMTTES Tunal	Leidy Mora	1033750987

Escaneado con Ca

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 05 de abril de 2021 07:23 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1032389545
Nombres y Apellidos	OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ		
Fecha de nacimiento:	25/04/1987		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Segunda dosis	20/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	30/01/2019	Fiebre Amarilla	P3A11	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	14/01/2021	GC FLU	U3B98	HOSPITAL EL TUNAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 05 de abril de 2021 07:23 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1032389545
Nombres y Apellidos	OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ		
Fecha de nacimiento:	25/04/1987		

Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	30/01/2019	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: OSCAR MAURICIO

Apellidos: MOSQUERA SUAREZ.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1032389545.

Fecha de Nacimiento: Día. 25 Mes. 04 Año. 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	30 ENE 2019	CRL8001008	Nancy Garcia O. C.C. 1123320562 Aux. Enfermería
Fiebre amarilla	Única	30 ENE 2019	P3A11 12/19	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	20-01-20	6cFluc V5021A006	VANESSA HEISSEN Clara Castaño
Otras				

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1032389545

NOMBRE

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ



FECHA DE NACIMIENTO

25-04-1987

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

11-03-2019

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	11-03-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	11-03-2022	PUBLICO



VALID 20161601 10Y8

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001204141

CODIGO DE VERIFICACION 2546



CERTIFICA QUE:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

C.C. 1.032.389.545

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **OPERADOR DE VEHICULOS DE EMERGENCIA (OVEM)** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C. 08 DE OCTUBRE DE 2019

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

Lina Medina

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
Y : 3508026259-3505618740-3222354745
angelesdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co
VIGENCIA OCTUBRE 2021

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

1032389545

Aprobó el Curso

PRIMER RESPONDIENTE PARA COMUNIDAD

Con una intensidad horaria de (10) horas

Este documento tiene una validez dos (2) años

Fecha del curso: 2019-03-12

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página fappd.saludcapital.gov.co/crue, mediante el código: 1032389545-2019-03-12-PRC

Fecha de generación del certificado: 2019-03-18 21:40:09

Andrés José Álvarez Villegas
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES
SGRED

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARIA DE SALUD

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

1032389545

Aprobó el Curso

PRIMER RESPONDIENTE EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Con una intensidad horaria de (10) horas

Este documento tiene una validez dos (2) años

Fecha del curso: 2019-02-20

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página fappd.saludcapital.gov.co/crue, mediante el código: 1032389545-2019-02-20-PRD

Fecha de generación del certificado: 2019-03-06 16:28:35

Diana Constanza Rodriguez Posso
Directora (E) de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES
SGRED

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARIA DE SALUD

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

1032389545

Aprobó el Curso

PRIMER RESPONDIENTE PARA SALUD

Con una intensidad horaria de (10) horas

Este documento tiene una validez dos (2) años

Fecha del curso: 2019-03-12

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página fappd.saludcapital.gov.co/crue, mediante el código: 1032389545-2019-03-12-PRS

Fecha de generación del certificado: 2019-04-02 07:31:33

Andrés José Álvarez Villegas
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES
SGRED

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARIA DE SALUD



La Secretaría Distrital de Salud, el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

CC 1032389545

Tomó el curso virtual gratuito

Primer Respondiente, ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor o capacidad de respuesta especializada

02 de Febrero de 2019

SBI-2019239874437

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

U.A.E. CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C.

IDIGER
Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CODIGO DE VERIFICACION 2547

CERTIFICA QUE:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

CC. 1.032.389.545

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **PRIMEROS AUXILIOS** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

BOGOTÁ D.C. 08 DE OCTUBRE DE 2019

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCIÓN

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
Y : 3508026259-3505618740-3222354745
angelesdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co
VIGENCIA OCTUBRE 2021

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ

1032389545

Aprobó el Curso

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

Con una intensidad horaria de (10) horas

Este documento tiene una validez dos (2) años

Fecha del curso: 2019-02-12

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página fappd.saludcapital.gov.co/crue, mediante el código: 1032389545-2019-02-12-PPS

Fecha de generación del certificado: 2019-02-28 22:26:17

Diana Constanza Rodriguez Posso
Directora (E) de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES
SGRED

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARIA DE SALUD

Consulta / **Estado de Cuenta**

Federación Colombiana De Municipios - Simit

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

El (la) señor(a) identificado(a) con Cedula No. **1032389545 (UNO CERO TRES DOS TRES OCHO NUEVE CINCO CUATRO CINCO),** no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en los Organismos de Tránsito conectados al sistema.

Expedición: 05 de Abril de 2021 a las 19:30

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

Cursos De Educación Vial

Ciudad Realización Curso	Fecha Curso	Número Curso	Nombre CIA	Número Resolución	Número Comparendo	Fecha Carga	Aplicado	Archivo Curso
Zipaquira - Divipo reportada 25899000	24/05/2017	15514	Centro Integral de Atención al Conductor S.A.S.	0	99999999000003242850	24/05/2017		Descargar

anterior

ARL | sura

Medellín, 05 de abril de 2021

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

CERTIFICA:

Que OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032389545 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 08/05/2019 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000006 - APH CONVENIO SUR
CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS
CODIGO DE ACTIVIDAD: 4603101
CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

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

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10323895452109567201

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 05/04/2021 6.40 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.032.389.545, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190201	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Abril de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15746725

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.389.545**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Abril del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá D.C., ABRIL de 2021

PARA: LUIS FERNANDO PINEDA AVILA – Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. - Contratante

DE: OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ
CC: 1.032.389.545
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo OSCAR MAURICIO MOSQUERA SUAREZ, identificado(a) con el C.C. No. 1.032.389.545 de Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

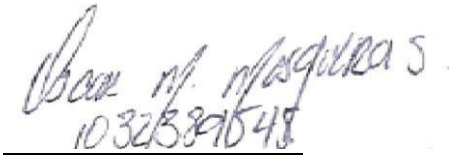
TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA,MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA,MES, AÑO)
FORMAL	BACHILLER ACADEMICO	05/12/2004	GIMNASIO SANTANDER	
INFORMAL	OVEM	08/10/2019	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD	08/10/2021
INFORMAL	PRIMEROS AUXILIOS	08/10/2019	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD	08/10/2021
INFORMAL	PRIMER RESPONDIENTE VIRTUAL	02/02/2019	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	02/02/2021
INFORMAL	PRIMER RESPONDIENTE PERSONAL SALUD	12/03/2019	SECRETARIA DE DISTRITAL DE SALUD	12/03/2021
INFORMAL	PRIMER RESPONDIENTE DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	20/02/2019	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	20/02/2021
INFORMAL	PRIMER RESPONDIENTE COMUNIDAD	12/03/2019	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	12/03/2021

VACUNAS				
	FECHA	LOTE	NOMBRE COMERCIAL	INSTITUCION VACUNADORA
FIEBRE AMARILLA	30/01/2019	P3A11	FIEBRE AMARILLA	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
SARAMPION Y RUBEOLA	30/01/2019	0128W1300Z	SARAMPION Y RUBEOLA	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
INFLUENZA	20/01/2020	VSO21A006	GC FLUC	UPSS MEISSEN
COVID-19 1ª DOSIS	27/02/2021	PFIZER	EN1195 06/21	HOSPITAL EL TUNAL
COVID-19 2ª DOSIS	20/03/2021	PFIZER	EN1195 06/21	HOSPITAL EL TUNAL

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.



FIRMA _____

C.C. No. 1032389545

TELEFONO 3117030459

DIRECCION KR 82A 6B 30 CASA 210 BARRIO NUEVA CASTILLA

E-MAIL MAUROMOS@OUTLOOK.ES