



Escritorio

OPORTUNIDADES
RECIENTES

0

No se han encontrado

Sus oportunidades

0

En edición

0

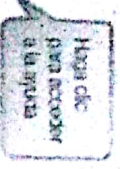
Adjudicaciones pendientes

ULTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.



Programa sus actividades en la plataforma con tiempo.

MESA DE
SERVICIO

Línea en Bogotá
Atención
018000220000

Soporte técnico

Chat en línea

PGHSD



Buscar...

Id de página: 14001307 Ayuda ?

Última Actualización

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información.

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información.



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: 04 de 2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES CARLOS ALBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79760215	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 79760215 D.M. 2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES JUL AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DIAGONAL 43 # 31-A 08 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4618429 EMAIL caralbertos1207@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA	FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES NOVIEMBRE AÑO 1996

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X	TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICO	12 2014	79760215
TC	3	X	TÉCNICO AUXILIAR DE FARMACIA	12 2004	79760215



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: 04-dic-2018

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 SUB RED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444448	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 2 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE FARMACIA	DEPENDENCIA FARMACIA HOSPITALARIA	DIRECCIÓN DIAGONAL 34 N° 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PHARMA-CID	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2245973	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE FARMACIA	DEPENDENCIA FARMACIA HOSPITALARIA	DIRECCIÓN CARRERA 78 N° 64c - 31	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUMINISTROS Y DOTACIONES DE COLOMBIA SYD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4289145	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE FARMACIA	DEPENDENCIA FARMACIA HOSPITALARIA	DIRECCIÓN HOSPITAL DE SUBA	

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	1	9
PRIVADO	5	11



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: 04-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	8

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 190/95).

Bogotá 12-12-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79760215 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección DIAGONAL 43 # 31-A 08 SUR

Teléfonos 3043620101 4618429

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS JACOBO RODRIGUEZ MARTINEZ	1025561114	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	\$ 18.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.600.000,00

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 DE BOGOTA	AHORROS	161676150	TUNAL	\$ 0,00

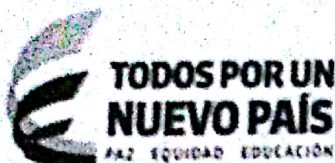
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

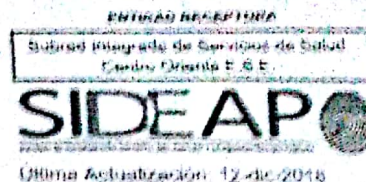
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	CREDITO	\$ 1.500.000,00

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



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



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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JULIET ISABEL MARTINEZ ESPINAL	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1069746816

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

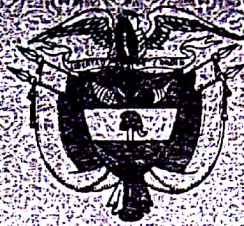
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Distrital Unidad Básica "Rafael Uribe Uribe"

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, según
Resolución No. 003254 del 17 de Octubre de 1989

Confiere a:

Carlos Alberto Rodríguez Rodríguez

Identificado (a) con C. C. No. 79.760.215 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario

M. DORIS J. R.

Libro de Registro No. / Folio No. / 3 del Colegio

No se requiere registro, según decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994,
expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 1 de Diciembre de 1996

La República de Colombia
y en su nombre

la Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo

Aprobación oficial según

Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital

Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO
79760215

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas - 39 créditos académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los

días del mes de Diciembre de 2014

Director Académico

Director Administrativo

Coordinador del Programa

Diploma No. 15191 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 5 Folio 838 del 11 de 12 de 2014



COLEGIO DISTRITAL UNIDAD BASICA
RAFAEL URIBE URIBE

CARRERA 25 N° 47-00 SUR - TEL. 230 75 30
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

JORNADA TARDE

INSCRIPCION S.E. 2983

INSCRIPCION DANE 11100112274

Acta Individual de Grado

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA, D.C. a los un día del mes de Diciembre del año 1996 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL UNIDAD BASICA RAFAEL URIBE URIBE Institución aprobada hasta Nueva orden en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad BACHILLERATO ACADEMICO. Según Resolución N° 003254 del 17 de Octubre de 1989 Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el:

TITULO DE:

Bachiller Académico

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

CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

NOMBRES Y APELLIDOS

C.C. o T.I No. C.C. 79.760.215 de Santafé de Bogotá

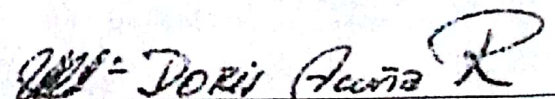
Es fiel copia tomada del Acta original general No. 013 Folio No. 049 de fecha Diciembre 1° de 1996 que consta de _____ alumnos graduados, que comienza con el nombre de ACERO URREGO CESAR MAURICIO y se cierra con el nombre de YATE LARA CAROLINA IVETH

Firmada y sellada por JOSE ELIN MURILLO VALOYES Rector y
MARIA DORIS ACUÑA RAMIREZ Secretaria.

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los un días del mes de Diciembre de 1996

Firmada y Sellada


Rector
JOSE ELIN MURILLO VALOYES
C.C. 1.582.123 de Quibdó


Secretaria
MARIA DORIS ACUÑA RAMIREZ
C.C. 41.704.024 de Bogotá

ACTA DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Complejo Educativo
CAMPOALTO

Aprobación oficial según:

Resolución No. 110203 del 21 de julio de 2010 de la secretaria de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de septiembre de 2010 de la secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

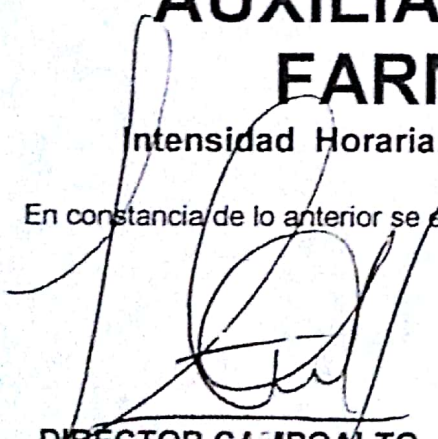
RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO
79760215

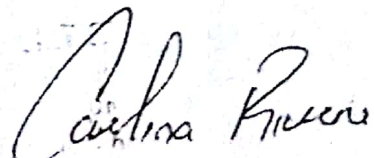
El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado
satisfactoriamente el programa ,

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR EN SERVICIOS
FARMACEUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas- 39 Créditos académicos

En constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 11 días del mes de
Diciembre del 2014.


DIRECTOR CAMPOALTO


SECRETARIO CAMPOALTO

Anotado en el Folio No. 838 del Libro No. 5 de registro 15191

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas.

Bogotá D.C Diciembre 12 del 2018

Señores:

Complejo Educativo CAMPO ALTO

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Carlos Alberto Rodriguez Rodriguez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

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

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Cordialmente;

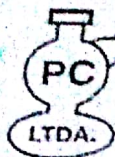
Firma 

No. de documento: 79.760.215

Tarjeta profesional No: 79.760.215

Dirección de contacto: Diagonal 43 N° 31ª -08 sur

Teléfono: 3043620101



PHARMA-CID LTDA.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CERTIFICACIÓN

PHARMA CID LTDA, con NIT. 800.108.193-0 certifica que el Señor **CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° 79.760.215 expedida en Bogotá D.C (Cundinamarca) trabajo con la empresa acorde al siguiente registro:

FECHA DE VINCULACIÓN	01 DE JULIO DE 2016
FECHA DE RETIRO	15 DE FEBRERO DE 2017
SALARIO	\$ 778.000
CARGO	AUXILIAR DE FARMACIA
VIGENCIA DEL CONTRATO	INDEFINIDO

Se expide la presente certificación a los Dieciseis (16) día del mes de Febrero de Dos mil diecisiete (2.017)

Cordialmente,


JUDITH BLANQUICETH VASQUEZ
Gerente General

CARRERA 78 No. 64c - 31 - PBX 224 59 73 - BOGOTA D. C.
E-mail: pharmacid.phacid@gmail.com - www.pharmacid.com

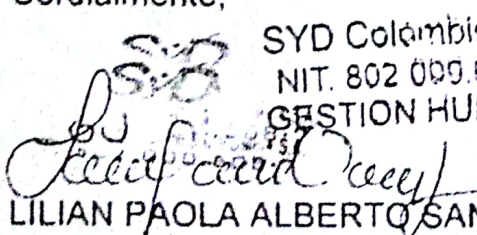
**LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA DE SUMINISTROS Y
DOTACIONES COLOMBIA S.A.**

CERTIFICA

Que: **CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ** identificado con cedula de ciudadanía N° 79.760.215 de Bogotá, desempeña sus labores en el cargo de **AUXILIAR DE FARMACIA** en la empresa **SUMINISTROS Y DOTACIONES COLOMBIA S.A.**, desde el 28 de Junio de 2011, devengando un salario mensual de **\$715.000 (SETESIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE)**, con contrato a termino indefinido.

Se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Junio de 2014 en la ciudad de Bogotá.

Cordialmente,


SYD Colombia S.A.
NIT. 802 000 698-7
GESTION HUMANA
LILIAN PAOLA ALBERTO SANCHEZ

Directora de Gestión Humana

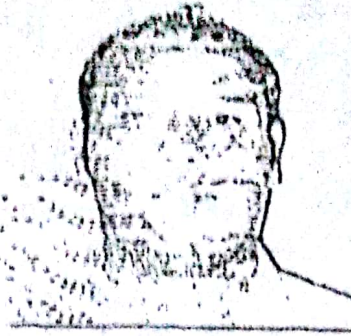
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 79.760.215
RODRIGUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
CARLOS ALBERTO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1977

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

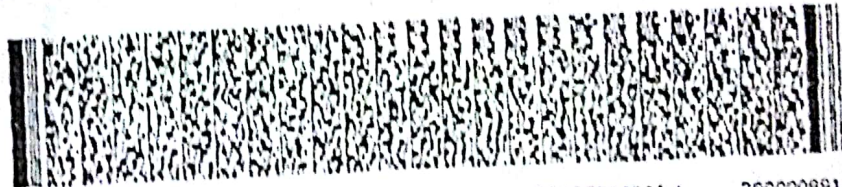
1.79
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPECION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500100-00163295-M-0079760215 20050717

0013575636A 1

2000009914

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14404656819



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 9 7 6 0 2 1 5

6. DV

4

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:

7 9 7 6 0 2 1 5

27. Fecha expedición:

1 9 9 6 0 4 2 2

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

RODRIGUEZ

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

ALBERTO

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

DG 40 31 A 08 SUR BRR CLARET

42. Correo electrónico:

caralberto1207@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

7 1 3 5 7 9 9

45. Teléfono 2:

3 0 4 3 6 2 0 1 0 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 3 0 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1

2

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 1 2 1 6

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: RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-02-2017
Hora: 1:53:30 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 79760215-4 CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Información General

Dirección DG 40 31A 08 SUR
Teléfonos 7135799 / 3152391724
Dirección electrónica caralberto1207@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015
Soporte Inscripción 18453930
Fecha Inicio Actividades 01/01/2015
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001746805

Fuente ICA TE TOCA

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

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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 2212 de 20/02/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO Identificado(a) con CC número 79760215 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS otorgado por CAMPO ALTO ACESALUD el día 11/12/2014

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO identificado(a) con CC número 79760215 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 20/02/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.

Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA

Directora de Calidad de Servicios de Salud

Revisó: Daniel Ortiz B
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 18 Enero 2016
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Carlos Rodriguez
CC. # 79760215
Firma *[Firma]*

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info. Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

79760215

Primer Nombre *

carlos

Primer Apellido *

rodriguez

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-13--12:03:44 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	79760215	CARLOS	ALBERTO	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	Ver

Información Detallada [CC: 79760215] CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

2018-12-13 -12:03:44 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	NO DISPONIBLE	2015/2/20	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	2015/2/20	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de droguería	2011/6/15	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

AGUNA	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
PRIVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	10 FEB 2017	HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019	ELI MORALES S.A.S. V.06/03/2019
	2	10 MAR 2017		
	3			
HEPATITIS A	R			
	1			
	2			
	1			
	2			

VACUNA	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO-COCO	1			
HIBREA AMARILLA	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	06-11/18	0128W130 E 12/120	Androa
Toxoide Tetánico Diftérico Id	1	16.04.2011.		
	2	02.02.2012.		
	3	10.04.2012.		
	4	12.12.2013.		
	5	16-01-2017		
Contra Hepatitis B	1	16.04.2011.		
	2	12.12.2013.		
	3	14 JUL 2016	ANHYC5360L 06-2015	Andreal
	R	16-01-2017	05-2018	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		27/07/18	110 12133411/19	A.A.A.
Virus de Papiloma Humano				



Unidad Médica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/06/2013
Res. Lic. Anterior No. 9796 de 05/10/2009

Código de prestación de servicios de la salud No. 17010567901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13953-7
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. SSM 01/08/2003 de la Secretaría de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 10 2 2017

EXAMEN

☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRE: CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

C.C. 79.760.215

EDAD 38 SEXO M F

EMPRESA: HOSPITAL CENTRO ORIENTE

CARGO: AUXILIAR DE FARMACIA

Tel.: CoR043620101

RESULTADOS EXAMENES PARA CLINICOS

Valoración Médica Laboral	NORMAL	ANORMAL
Espirometría	OK	
Audiometría		
Visiometría		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología		
Respiratorio	OK	
Dermatología	OK	
Osteomuscular	OK	
Cardiovascular		
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	NORMAL	ANORMAL
Glicemia		
Colesterol		
Triglicéridos		
Serología	NORMAL	ANORMAL
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ☒ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2011

Apto para el cargo sin restricciones	SI ☒ NO ☐	Aplazado	SI ☐ NO ☐
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	☐ ☐	No apto para este cargo	☐ ☐
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	☐ ☐		

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☐ NO ☐ Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Apto para el cargo. Actividad laboral en Superficie. Enfatiza Osteomuscular Satisfactorio

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva	☐	13. Evitar Posturas Prolongadas	☐
2. Pausas Activas	☒	8. Control Optométrico Periódico	☐	14. Uso de Medias de Compresión Graduado	☐
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	☒	9. Uso de Lentes permanentes	☐	15. Valoración y Manejo en IPS	☐
4. Uso de Elementos de Protección Personal	☒	10. Uso de Lentes Vision de Cerca	☐	16. Dieta - Ejercicio Físico	☐
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral	☐	11. Control de Tensión Arterial	☐		
6. Control Audiométrico	☐	12. Estilos de Vida Saludable	☐		

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacional que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de la cuales recibí los resultados de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección la anterior y que estoy dando mi libre consentimiento.

Unidad Médica de Especialistas
EL DIVINO NIÑO JESUS
Dr. Camilo Velásquez Velasco
Médico Laboral
R.M. 4687
01/10/2009

Firma Trabajador

C.C. No. 79760215

UMED LTDA.

Carra 21 No. 26-00/06 Sur
278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

umeditda@gmail.com - info@umeditps.com
www.umeditps.com

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: ECA-PT-011
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAT *
 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA: 2018-12-01 CIUDAD: BOGOTÁ

El diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular 1 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
RODRIGUEZ		RODRIGUEZ		CARLOS		ALBERTO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		Nº IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ C ☐ RC ☐ NUP ☐		79.760.215		BOGOTÁ		1996-04-22	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		COLOMBIA		COLOMBIANA	
1977-07-01		BOGOTÁ		PERSONA A CARGO		NÚMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐		CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒		1		1	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA							
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐		CUAL		OTRO		AUXILIAR DE FARMACIA	
TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐		OTRO ☐		PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		COLOMBIANA	
DIAGONAL 43 N° 31A-08 SUR		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		4618429	
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		TELÉFONO FAX	
caralbertos1207@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒			
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
MARTINEZ		ESPINAL		JULIET		ISABEL	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ C ☐ RC ☐ NUP ☐		1069746816		FUSAGASUGA			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD:		COLOMBIANA	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASISTENTE ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐		CUAL:	
SOLICITA ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SÚO ☐ OTRO ☐			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
DECLARA RENTA		8692	
SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
IVA		SI ☐ NO ☒	
ICA		SI ☒ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☐ L.D. ☒	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		NIT	
		9005501517	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORNISTO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE: PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-ET-011
 VERSIÓN: 01
 FECHA: 2017-08-22

Logo of the institution and the name "Centro Oriente ESE".

EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	INDUSTRIAL ☐	COMERCIAL ☐	TRANSPORTE ☐	LOGISTICA ☐	VENTAS ☐	SERVICIOS ☐	OTROS ☐
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS
DIAGONAL 34 N° 5-43		34442		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		COLOMBIA
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS		FECHA VINCULACIÓN (AAAA-MM-DD)		2017-02-11		

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	0	GASTOS FAMILIARES	500.000	ALIBORROS	0	SALDO DEUDAS	0
PROFITACIONES	1.550.000	ARRENDOS	600.000	INVERSIONES	-	LOPE Y ALIEN. ENTITD.	-
ARRENDOS	0	CUOTA VEHICULO	-	VEHICULOS	-	DEUDAS VEHICULOS	-
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	-	PROPIEDADES	-	DEUDAS TERCEROS	-
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	450.000	OTROS ACTIVOS*	-	OTROS PASIVOS*	-
TOTAL INGRESOS	1.550.000	TOTAL EGRESOS	1.550.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Hojas 4 laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RIASCOS	NARVAEZ	LUIS	ALFREDO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
CALLE 47 SUR N° 25-81	BOGOTÁ/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGOS	3621002

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA DE AHORRO	161676150	TUNAL	0

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 EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
CUAL:					

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

- 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)
- 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
- Asimismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaron a actividades lícitas
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tengo conocimiento de la misma
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar curso a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalarado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario- RUT
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, telefónica 344 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a) La personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogado internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento

5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

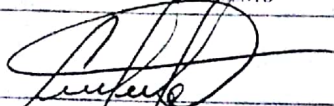
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 41 84, e-mail: sarlatia@subredcentroorientegov.co) y cualquier persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional y internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

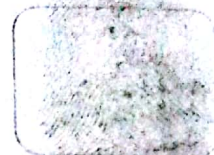
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 79760215 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 26/08/2016

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 04 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

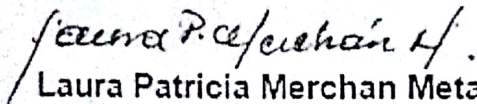
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO** identificado(a) con CC número **79.760.215** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de diciembre de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79760215	CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	RAFAEL URIBE-CAM CHIRCALES	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 12 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal



PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118678766



WEB

22:43:05

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79760215:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 domingo 02 de diciembre de 2018, a las 22:45:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79760215
Código de Verificación	79760215181202224545

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

Digiteo y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 2 de Diciembre de 2018 - 22:47 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: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS QUINCE**

79760215

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.

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: **12_Y7QJ_4722**

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 22:49:42 horas del 02/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 79760215

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO**

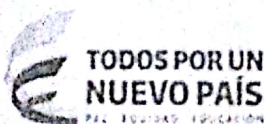
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41 (Paseo del Maest)
Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a
viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00
pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá DC (571) 5159111 - 4112
Resto del país (800) 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 E-mail
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



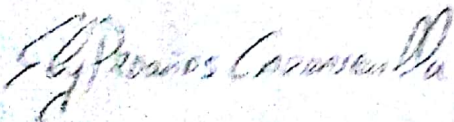
Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 79.760.215 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 161676150, abierta/o desde el 27/07/2016.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Diciembre del año 2018



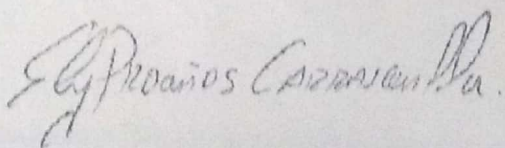
Firma Autorizada

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que RODRIGUEZ RODRIGUEZ, CARLOS ALBERTO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 79.760.215 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 161676150, abierta/o desde el 27/07/2016.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Diciembre del año 2018



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

COMPROMISO DE ACTUALIZACION Y ENTREGA DE DOCUMENTOS

Bogotá, D.C, 11 de ENERO de 2019

Yo Carlos Alberto Rodríguez
identificado/a con C.C No. 79.760.215, me comprometo a
actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los)
documento(s): Curso de víctimas de abuso sexual.

para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha
máxima dos meses.

Cordialmente,

Firma: Carlos Alberto Rodríguez.
Correo de contacto: cazalbertos1207@gmail.com
Dirección de contacto: Diagonal 43 # 31a 08 sur
Teléfono: 3043620101