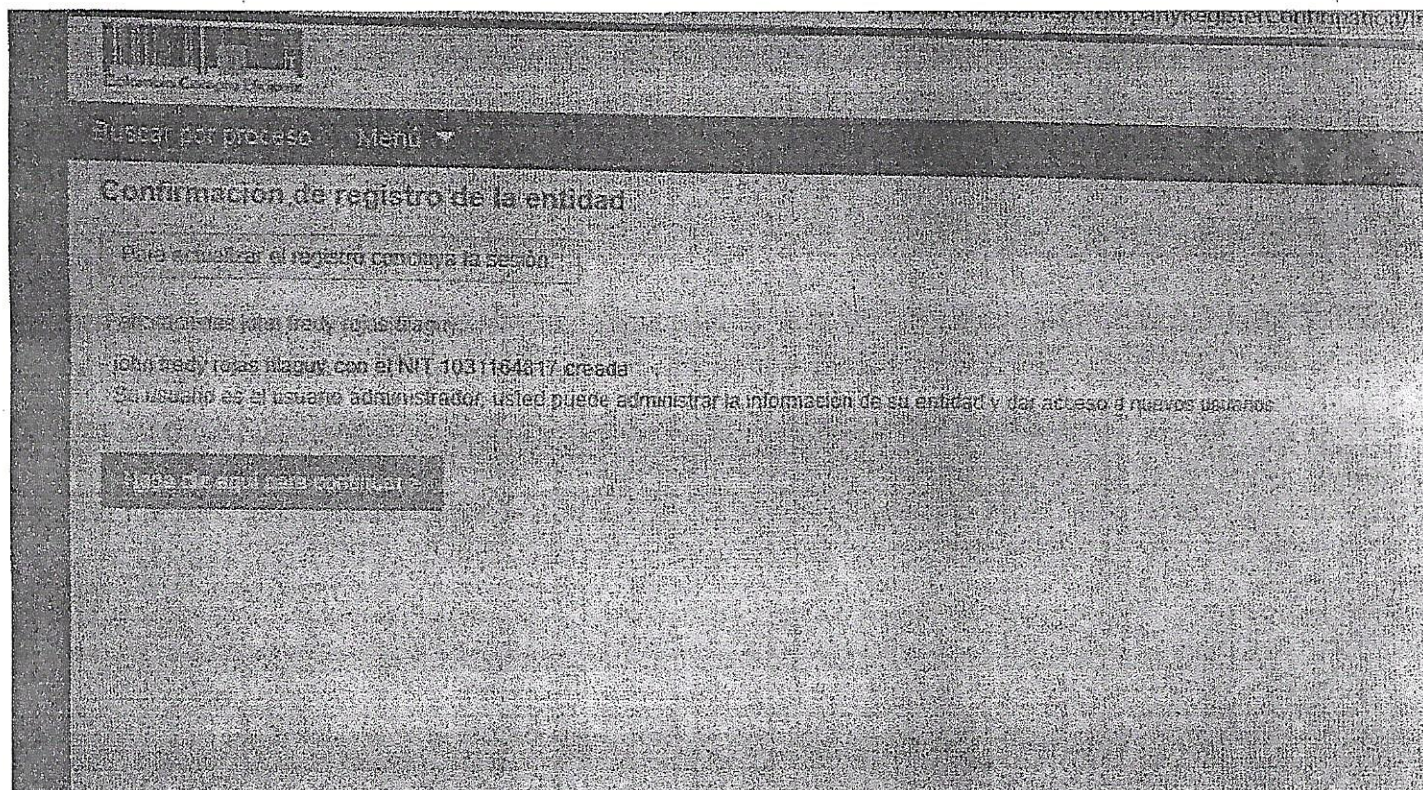
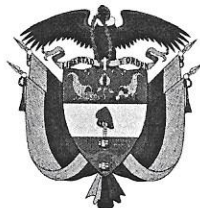






FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROJAS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TILAGUY		NOMBRES JOHN FREDY	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1031164817			SEXO F ☐ M ☒		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1031164817 D.M. 002					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES ABR AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Diagonal 62 #20B30Sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7156188 EMAIL worsnop0419@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 academico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JULIO	AÑO	2014

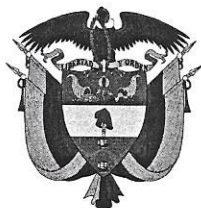
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	tecnico auxiliar de enfermeria	7 2016	1031164817



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.



Última Actualización: 29-nov-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 subred centro sur	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD worsnop0419@gmail.com	
TELÉFONOS 3222866515	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA contrato	DIRECCIÓN Cra. 14b #1-45 sur, Bogotá	

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	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	10

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).

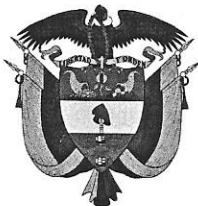
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá, 29 nov/2018

John Mojás

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 29-nov-2018

[Empty rectangular box for stamp or signature]

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

Bogotá 29 Noviembre 2018
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1031164817 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Diagonal 62 #20B30Sur

Teléfonos 3022535866 7156188

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
margarita tilaguy vanegas	41703281	MADRE
eithan thomas rojas guiterrez	1013692922	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	\$ 18.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.000.000,00

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 caja social	CORRIENTE	24068966412	CRA. 19 D No. 64 - 08	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	ninguno	\$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
margarita tilaguy	madre	\$ 1.000.000.000,00



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 Occidente E.S.E.



Última Actualización: 12-dic-2018

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
no	no

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
No	No

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
VIVANA GUTIERREZ RAMIREZ	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1031666236

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
ninguno	ninguno

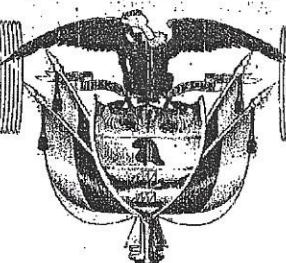
3. FIRMA

John Mejias

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
 El Ministerio de Educación Nacional
 y en su nombre el
Centro Educativo
Externado Simón Bolívar

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá,
 Según la Resolución No. 8586 del 4 de Diciembre de 1997 y
 2090 del 1 de Julio de 1999 y 3103 del 25 de Agosto de 2008*

Confiere a:

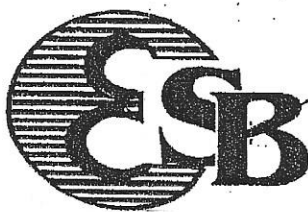
John Fredy Rojas Tilaguy

C.C. No. 1.031.164.817 de Bogotá

El título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
 Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
 y Artículo 27 Decreto 3011 de 1996*



[Firma manuscrita]
 Sector
 Secretario

Libro de Registro No. 01 Acta No. 36 Folio No. 49

Dado en Bogotá, a los 05 días del mes de Julio de 2014

"No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,

Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Registro del Programa No.15-021 del 17 de Junio de 2016, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

CONFIERE A:

JOHN FREDY ROJAS TILAGUAY

C.C. 1.031.164.817 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

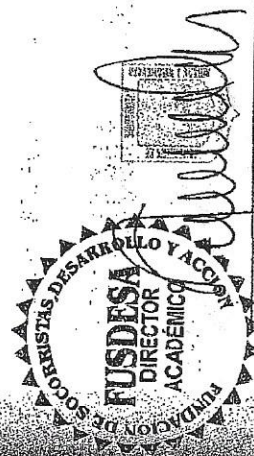
POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

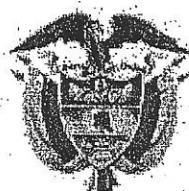


PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO



NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

Dado en Bogotá, D.C. a los 09 Días del Mes de Julio de 2016
Anotado en el Folio 15647 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.



Libertad y Orden

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
CENTRO EDUCATIVO EXTERNADO SIMON BOLIVAR
INSCRIPCION S.E.D. 1496. DANE: 31100191841. ICFES: 075507
TELS: 7752890 - 7766506
BOGOTA D.C COLOMBIA



En Bogotá D.C., a los 5 días del mes de Julio de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último ciclo, los suscritos Rector Y Secretario general, en la Rectoría del **Centro Educativo Externado Simón Bolívar**, institución registrada en la secretaria de educación de Bogotá bajo el PEI 1496 de educación formal para jóvenes y adultos, aprobada en los niveles de Básica secundaria y Media académica, y autorizada para otorgar el título de Bachiller en la modalidad académica, según resoluciones Nos 8586 de 4 diciembre de 1997, 2090 del 1 de julio de 1999 y 3103 del 25 de agosto de 2008.

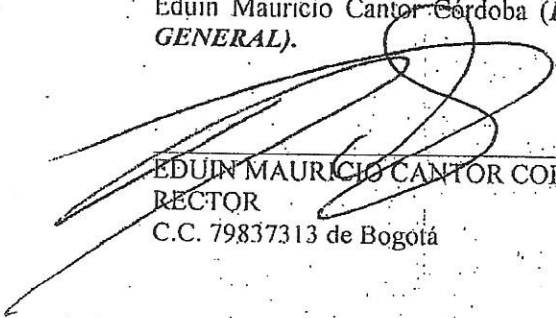
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, Se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

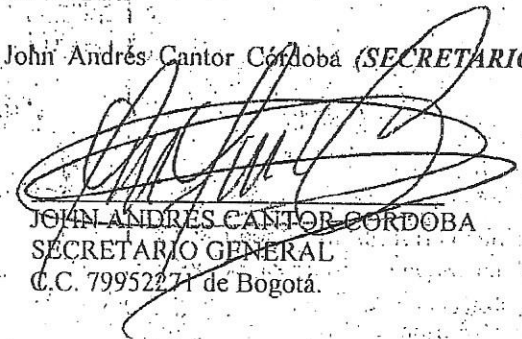
ROJAS TILAGUY JHON FREDY
T.I. N. 960430-05089 BOGOTA

Es fiel copia tomada del acta original No 36 del 05 de Julio de 2014, que consta de 66 alumnos que comienza con el nombre de **ALSENDRA BOHORQUEZ CRISTIAN CAMILO** y cierra con el nombre de **VILLAMIL TORRES JUAN FELIPE**

Firmada por:

Eduin Mauricio Cantor Córdoba (**RECTOR**) y John Andrés Cantor Córdoba (**SECRETARIO GENERAL**).


EDUIN MAURICIO CANTOR CORDOBA
RECTOR
C.C. 79837313 de Bogotá


JOHN ANDRÉS CANTOR CORDOBA
SECRETARIO GENERAL
C.C. 79952271 de Bogotá.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 035

ACTA INDIVIDUAL N° 15647

En Bogotá D.C. a los 09 días del Mes de Julio del año 2016
JOHN FREDY ROJAS TILAGUY
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.031.164.817 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 15647 del Libro 06 del Registro de FUSDESA



[Firma]
NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



[Firma]
PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. FUNDACIÓN CENTRO ORIENTE DE SERVICIOS DE SALUD</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud Fusedesa
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo John Fredy Rojas Tilaguy, 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 - UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Técnico en Auxiliar de enfermería
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

John Rojas

No. de documento:

1037 164 813

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Dig 62 N° 20 B 30 Sur

Teléfono:

715 6188 - 3022535866

Diagonal 34-5-43
Código Postal 11031174
Teléfono: 3444484
NIT: 850077644-5
www.esecentroorientegov.gov.co
subcentroorientegov.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.031.164.817

ROJAS TILAGUY

APELLIDOS

JOHN FREDY

NOMBRES

John Fredy Rojas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1996
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

14-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

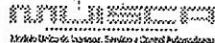
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00791772-M-1031164817-20160222

0048551729A 1

1303798613

 DIAN Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001
2. Concepto: 01 Inscripción Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario: 14394617768  (415)7707212489984(8020) 000001439461776 8	
5. Número de identificación tributaria (NIT): 1 0 3 1 1 6 4 8 1 7 - 8 Impuestos de Bogotá			
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13	
26. Número de identificación: 1 0 3 1 1 6 4 8 1 7		27. Fecha expedición: 2 0 1 4 0 5 1 4	
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.		31. Primer apellido: ROJAS	
32. Segundo apellido: TILAGUY		33. Primer nombre: JOHN	
34. Otros nombres: FREDY		35. Razón social:	
36. Nombre comercial:		37. Signa:	
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.		41. Dirección principal: DG 62 20 B 30 SUR BRR PARQUES DEL TUNAL	
42. Correo electrónico: worsnop0419@gmail.com		43. Código postal: 7 9 2 5 3 8 8	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2: 3 2 2 2 8 6 6 5 1 5	
CLASIFICACION			
Actividad económica principal: 46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 0 6 2 5	
Actividad económica secundaria: 48. Código:		49. Fecha inicio actividad:	
50. Código:		51. Código:	
52. Número establecimientos:		53. Código: 2 0	
20- Obtención NIT			
RESPONSABILIDADES, CALIDADES Y ATRIBUTOS			
54. Código:			
55. Formas:			
56. Tipo:			
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: 1	
61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 0 4		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.	
Firma autorizada:			
984. Nombre: OBANDO PIZA CARLOS ALBERTO			
985. Cargo: Gestor			



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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-11-2017

Hora: 2:39:08 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1031164817-8 JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

Información General

Dirección DG 62 20 B 30 SUR BRR PARQUES DEL TUNAL

Teléfonos 7925388 - 3222866515

Dirección electrónica worsnop0419@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 09/12/2016

Soporte Inscripción 22933853

Fecha Inicio Actividades 25/06/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002440925



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1031164817

APELLIDOS Y NOMBRES
ROJAS TILAGUY
JOHN FREDY



PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LINEA 31-DIC 2026	2ª LINEA 31-DIC 2036	3ª LINEA 31-DIC 2046
----------------------------	----------------------------	----------------------------

FECHA DE EXP. 23 NOV 2015 ESP. MIL.
PROFESIÓN BACHILLER UM

COTE. DE DISTRITO

2015 690 239767

Reservista de Primera Clase

2015 690 239767



- Esta es la tarjeta de reserva y se requiere presentarla para los siguientes casos:
 - Cuando se convoca a cualquier entidad pública.
 - Inscribirse a la carrera administrativa.
 - Tener presencia de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier carrera docente de educación superior.

- En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



00836505



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 10737 de 12/09/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ROJAS TILAGUY JOHN FREDY Identificado(a) con CC número 1031164817 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA" el día 09/07/2016.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ROJAS TILAGUY JOHN FREDY identificado(a) con CC número 1031164817 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

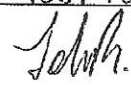
ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/09/2016


OLGA ELOISA BUITRAGO SANCHEZ.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E).

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Victor Sánchez

Bogotá, D.C 27-10-2016
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) John Fredy Rojas
CC. # 1031164817
Firma 

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1031164817

Primer Nombre *

john

Primer Apellido *

rojas

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-11-29→8:45:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1031164817	JOHN	FREDY	ROJAS	TILAGUY	Ver

Información Detallada [CC: 1031164817] JOHN FREDY ROJAS TILAGUY**2018-11-29→8:45:57 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2016/9/12	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).



PBX:
749 53 41
Cel.: 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Ca. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.
inmunosalud@outlook.com
www.inmunosalud.com

SEDE RESTREPO
Ca. 17 No. 13-48 Sur Local 103
Bogotá, D.C.



CERTIFICADO DE VACUNACION
Genesiste su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NOMBRES: **JOHN FLECH BOJAS T**
DOCUMENTO: **103164017**
TELÉFONO:

QUINQUE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1501 700 2001
QUINQUE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1501 700 2002

VACUNA	1ra. DOSIS	2da. DOSIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	TERMINA VACUNADOR
HEPATITIS A					
HEPATITIS B					
VARICELA					
HEPATITIS A + HEPATITIS B					

VACUNA	1ra. DOSIS	2da. DOSIS	LOTE	FECHA APLICACIÓN	TERMINA VACUNADOR
TETANICO DIFTERICO					
DPTA					
TREBLE VRAL					
DOSIS 1					
DOSIS 2					
DOSIS 3					
DOSIS 4					
DOSIS 5					
DOSIS 6					
DOSIS 7					
DOSIS 8					
DOSIS 9					
DOSIS 10					
DOSIS 11					
DOSIS 12					
DOSIS 13					
DOSIS 14					
DOSIS 15					
DOSIS 16					
DOSIS 17					
DOSIS 18					
DOSIS 19					
DOSIS 20					
DOSIS 21					
DOSIS 22					
DOSIS 23					
DOSIS 24					
DOSIS 25					
DOSIS 26					
DOSIS 27					
DOSIS 28					
DOSIS 29					
DOSIS 30					
DOSIS 31					
DOSIS 32					
DOSIS 33					
DOSIS 34					
DOSIS 35					
DOSIS 36					
DOSIS 37					
DOSIS 38					
DOSIS 39					
DOSIS 40					
DOSIS 41					
DOSIS 42					
DOSIS 43					
DOSIS 44					
DOSIS 45					
DOSIS 46					
DOSIS 47					
DOSIS 48					
DOSIS 49					
DOSIS 50					
DOSIS 51					
DOSIS 52					
DOSIS 53					
DOSIS 54					
DOSIS 55					
DOSIS 56					
DOSIS 57					
DOSIS 58					
DOSIS 59					
DOSIS 60					
DOSIS 61					
DOSIS 62					
DOSIS 63					
DOSIS 64					
DOSIS 65					
DOSIS 66					
DOSIS 67					
DOSIS 68					
DOSIS 69					
DOSIS 70					
DOSIS 71					
DOSIS 72					
DOSIS 73					
DOSIS 74					
DOSIS 75					
DOSIS 76					
DOSIS 77					
DOSIS 78					
DOSIS 79					
DOSIS 80					
DOSIS 81					
DOSIS 82					
DOSIS 83					
DOSIS 84					
DOSIS 85					
DOSIS 86					
DOSIS 87					
DOSIS 88					
DOSIS 89					
DOSIS 90					
DOSIS 91					
DOSIS 92					
DOSIS 93					
DOSIS 94					
DOSIS 95					
DOSIS 96					
DOSIS 97					
DOSIS 98					
DOSIS 99					
DOSIS 100					
DOSIS 101					
DOSIS 102					
DOSIS 103					
DOSIS 104					
DOSIS 105					
DOSIS 106					
DOSIS 107					
DOSIS 108					
DOSIS 109					
DOSIS 110					
DOSIS 111					
DOSIS 112					
DOSIS 113					
DOSIS 114					
DOSIS 115					
DOSIS 116					
DOSIS 117					
DOSIS 118					
DOSIS 119					
DOSIS 120					
DOSIS 121					
DOSIS 122					
DOSIS 123					
DOSIS 124					
DOSIS 125					
DOSIS 126					
DOSIS 127					
DOSIS 128					
DOSIS 129					
DOSIS 130					
DOSIS 131					
DOSIS 132					
DOSIS 133					
DOSIS 134					
DOSIS 135					
DOSIS 136					
DOSIS 137					
DOSIS 138					
DOSIS 139					
DOSIS 140					
DOSIS 141					
DOSIS 142					
DOSIS 143					
DOSIS 144					
DOSIS 145					
DOSIS 146					
DOSIS 147					
DOSIS 148					
DOSIS 149					
DOSIS 150					
DOSIS 151					
DOSIS 152					
DOSIS 153					
DOSIS 154					
DOSIS 155					
DOSIS 156					
DOSIS 157					
DOSIS 158					
DOSIS 159					
DOSIS 160					
DOSIS 161					
DOSIS 162					
DOSIS 163					
DOSIS 164					
DOSIS 165					
DOSIS 166					
DOSIS 167					
DOSIS 168					
DOSIS 169					
DOSIS 170					
DOSIS 171					
DOSIS 172					
DOSIS 173					
DOSIS 174					
DOSIS 175					
DOSIS 176					
DOSIS 177					
DOSIS 178					
DOSIS 179					
DOSIS 180					
DOSIS 181					
DOSIS 182					
DOSIS 183					
DOSIS 184					
DOSIS 185					
DOSIS 186					
DOSIS 187					
DOSIS 188					
DOSIS 189					
DOSIS 190					
DOSIS 191					
DOSIS 192					
DOSIS 193					
DOSIS 194					
DOSIS 195					
DOSIS 196					
DOSIS 197					
DOSIS 198					
DOSIS 199					
DOSIS 200					
DOSIS 201					
DOSIS 202					
DOSIS 203					
DOSIS 204					
DOSIS 205					
DOSIS 206					
DOSIS 207					
DOSIS 208					
DOSIS 209					
DOSIS 210					
DOSIS 211					
DOSIS 212					
DOSIS 213					
DOSIS 214					
DOSIS 215					
DOSIS 216					
DOSIS 217					
DOSIS 218					
DOSIS 219					
DOSIS 220					
DOSIS 221					
DOSIS 222					
DOSIS 223					
DOSIS 224					
DOSIS 225					
DOSIS 226					
DOSIS 227					
DOSIS 228					
DOSIS 229					
DOSIS 230					
DOSIS 231					
DOSIS 232					
DOSIS 233					
DOSIS 234					
DOSIS 235					
DOSIS 236					
DOSIS 237					
DOSIS 238					
DOSIS 239					
DOSIS 240					
DOSIS 241					
DOSIS 242					
DOSIS 243					
DOSIS 244					
DOSIS 245					
DOSIS 246					
DOSIS 247					
DOSIS 248					
DOSIS 249					
DOSIS 250					
DOSIS 251					
DOSIS 252					
DOSIS 253					
DOSIS 254					
DOSIS 255					
DOSIS 256					
DOSIS 257					
DOSIS 258					
DOSIS 259					
DOSIS 260					
DOSIS 261					
DOSIS 262					
DOSIS 263					
DOSIS 264					
DOSIS 265					
DOSIS 266					
DOSIS 267					
DOSIS 268					
DOSIS 269					
DOSIS 270					
DOSIS 271					
DOSIS 272					
DOSIS 273					
DOSIS 274					
DOSIS 275					
DOSIS 276					
DOSIS 277					
DOSIS 278					
DOSIS 279					
DOSIS 280					
DOSIS 281					
DOSIS 282					
DOSIS 283					
DOSIS 284					
DOSIS 285					
DOSIS 286					
DOSIS 287					
DOSIS 288					
DOSIS 289					
DOSIS 290					
DOSIS 291					
DOSIS 292					
DOSIS 293					
DOSIS 294					
DOSIS 295					
DOSIS 296					
DOSIS 297					
DOSIS 298					
DOSIS 299					
DOSIS 300					
DOSIS 301					
DOSIS 302					
DOSIS 303					
DOSIS 304					
DOSIS 305					
DOSIS 306					
DOSIS 307					
DOSIS 308					
DOSIS 309					
DOSIS 310					
DOSIS 311					
DOSIS 312					
DOSIS 313					
DOSIS 314					
DOSIS 315					
DOSIS 316					
DOSIS 317					
DOSIS 318					
DOSIS 319					
DOSIS 320					
DOSIS 321					
DOSIS 322					
DOSIS 323					
DOSIS 324					
DOSIS 325					
DOSIS 326					
DOSIS 327					
DOSIS 328					
DOSIS 329					
DOSIS 330					
DOSIS 331					
DOSIS 332					
DOS					



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO**



8228226

Orden No: 8228226
Paciente: ROJAS JOHN FREDY
Documento Id: CC 1031164817
E.P.S: HOS-USAQUEN
Sede: USAQUEN
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

Fecha de ingreso: 22-Aug-2018 7:05 am
Fecha de impresion: 29/09/2018
Edad: 22 Años 3 meses 23 días Sexo M
Telefono: 3222866515
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANÁLISIS DE LABORATORIO

Nombre: ROJAS JOHN FREDY
Identificación: CC 1031164817
Edad: 22 Años 0 Meses 0 Días
Medico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 8228226
Tel. Sexo M

Fecha de recepcion: 03-sep-2018 1:30 pm
Fecha de impresion: 13-sep-2018 3:37 pm
Empresa: ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede: REFERENCIA
Fecha Validacion: 03-sep-2018 5:02:00p.m.



90302879

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE Metodo: Quimioluminiscencia	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Andrea Luis
ANALISTA DE LABORATORIO

[Signature]
JUANITA CORRALO GUTIERREZ MORALES
ANALISTA DE LABORATORIO

Evolucionamos como la vida

EST. 805/86.001.1
Sede Principal: Calle 40 No. 124-01 • Tel. 744 7350 Ext. 2015 • Fax: 744 7350 Ext. 2015 • 2016
Sede Norte: Calle 10 No. 15-01 • Tel. 211 2124 • Fax: 211 2124
Sede Centro: Calle 11 No. 14-01 • Tel. 211 2124 • Fax: 211 2124
Calle 13 No. 12-01 • Tel. 211 2124 • Fax: 211 2124

DR. EDGARDO ROMERO R.
ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL
RM: 1980 DE 22/02/2010 - SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ
¹NIT 3726903-3
EXÁMENES DE INGRESO- PERIÓDICO - RETIRO - TRABAJO EN ALTURA

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 19-12-2016

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Ingreso X Periódico Retiro Trabajo en alturas

El Suscrito Médico Especialista en Salud Ocupacional, hace constar que en la fecha a Realizado Evaluación Médica a:

NOMBRE: JOHN FREDY ROJAS TILAGUY.....PRESION ARTERIAL 120/80
 C.C:1031164817.....DIRECCION: PARQUES DEL TUNAL.....
 TELEFONO: 3222866515.....EPS: SALUD TOTAL..... ARL: SEGUROS BOLIVAR.....EDAD: 20 AÑOS
 ESTADO CIVIL: SOLTER.....HIJOS: 0 TALLA: ...167..... PESO: 86KL.....GRUPO SANGUINEO: O+.....

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico X OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR NORMAL
 Ex.neurológico -X EQUILIBRIO NORMAL Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS MENTALES
 Audiometría NO
 Visiometría NO
 Laboratorio Clínico NO
 Espirometría NO

NOMBRE DE LA EMPRESA: HOSPITAL SANTA CLARA
 CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 CONCEPTO MEDICO
 Apto Sin Restricción: X APTO PARA LA LABOR ASIGNADA
 Apto con restricciones
 Aplazado
 No apto

RECOMENDACIONES: USAR E.P.P. -HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS ALIMENTACION SANA Y CAMINATA

10

Remisión a:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C: 1031164817.

HUELLA

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

C.C.: 1031164817

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

Martha Yolanda Ruiz Valdés

Gerente

Subred Integrada de

Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz

Profesional Especializado Talento Humano

Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

c.c. : 1.031.164.817

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 09 días del mes de Octubre de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S.
Educación Informal - Decreto 4904 / 2009 -

Ministerio de Educación Nacional *

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.

PARA ESTO comuníquese al:

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190

inscripciones@capacitacionessos.net

www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2019-01-23 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con 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 Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: ROJAS SEGUNDO APELLIDO: TILAGUY PRIMER NOMBRE: JOHN SEGUNDO NOMBRE: FREDY

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 1031164817 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2014-05-14

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1996-04-30 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ CON LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 2 NÚMERO DE HIJOS: 1 TELÉFONO CELULAR: 3222866515

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DIRECCIÓN RESIDENCIA: CIUDAD RESIDENCIA: DEPARTAMENTO: PAÍS RESIDENCIA: TELÉFONO RESIDENCIA:

DIAGONAL 62 NUMERO 20B 30 SUR BOGOTÁ CUNDINAMARCA COLOMBIA

CORREO ELECTRÓNICO: PORTAL O PÁGINA INTERNET TIPO DE VIVIENDA

WORSNOP0419@GMAIL.COM PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: GUTIERREZ SEGUNDO APELLIDO: RAMIREZ PRIMER NOMBRE: VIVIANA SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1031666236 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2014-04-15

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA... ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	JVA ☐ ICA ☐	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CLIENTE ACTIVIDAD ECONOMICA
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒
# NIT		900959051-7			
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL:	<input type="text"/>			
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
Diagonal 34 N° 5 - 43	3 - 444484	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	

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	\$ 1.000.000	AHORROS	\$ 512.000	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 1.512.000	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 1.512.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 512.000	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
		GASTOS FAMILIARES					

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORA	ORTIZ	LINET	LILIANA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 17ASUR NUMERO 24A - 25 SUR	BOGOTÁ / CUNDINAMARCA	COMPAÑERA	3115960221

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJASOCIAL	CUENTA AHORROS	24068966412	BOGOTA	

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 ☐

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o 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 período gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente 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 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 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, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud 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 LAS 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 44 84, e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR 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.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION 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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

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



Bogotá, Noviembre 29 de 2018

Señor:
ROJAS TILAGUY JOHN FREDY
CC. 1031164817 DG 62 20 B 30 SUR CON - 7156188
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUTIERREZ RAMIREZ VIVIANA	1013666236	C	May-5-2017	52	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ROJAS GUTIERREZ EITHAN THOMAS	1013692922	R	Dic-9-2017	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ROJAS TILAGUY JOHN FREDY	1031164817	C	Ene-1-2017	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA EMPRE	1031164817	Dependiente	CERRADO
JOHN FREDY ROJAS TILAGUY	1031164817	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROJAS TILAGUY JOHN FREDY** identificado(a) con CC número **1.031.164.817** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 28 de octubre de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de noviembre de 2018.

Cordialmente,



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

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

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

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

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

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

201811292014



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1031164817

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

John

Primer Nombre

Fredy

Segundo Nombre

Rojas

Primer Apellido

Tilaguy

Segundo Apellido

30-04-1996

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C

Ciudad de Nacimiento

Diag 62 NO 20B30m

Dirección de Residencia

715 6188

Teléfono Fijo

Salud Total

EPS - Salud

Protección

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

worsnop0419@gmail.com

Correo Electrónico

322 286 6515

Celular

John Rojas

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.411.201 B
Enfermera P.U.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52.431.2021

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 121206326



WEB

20:40:08

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de enero del 2019

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) JOHN FREDY ROJAS TILAGUY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031164817:

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.

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 miércoles 23 de enero de 2019, a las 20:45:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1031164817
Código de Verificación	1031164817190123204518

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 24 de Enero de 2019 - 12:27 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y UN MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE**

1031164817

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.

Quando 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: **1_1M66_2712**

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:26:48 horas del 24/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1031164817**

Apellidos y Nombres: **ROJAS TILAGUY JOHN FREDY**

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.

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

Identificado con

CC1031164817

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0040 SAN FRANCISCO, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24068966412

Fecha de Apertura : 10 de diciembre de 2016

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0040 SAN FRANCISCO de la ciudad de BOGOTA, el día martes, 11 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

L6M5M1O7 - LUZ ADRIANA MONGRAGON MEDIVELS


 FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

0040