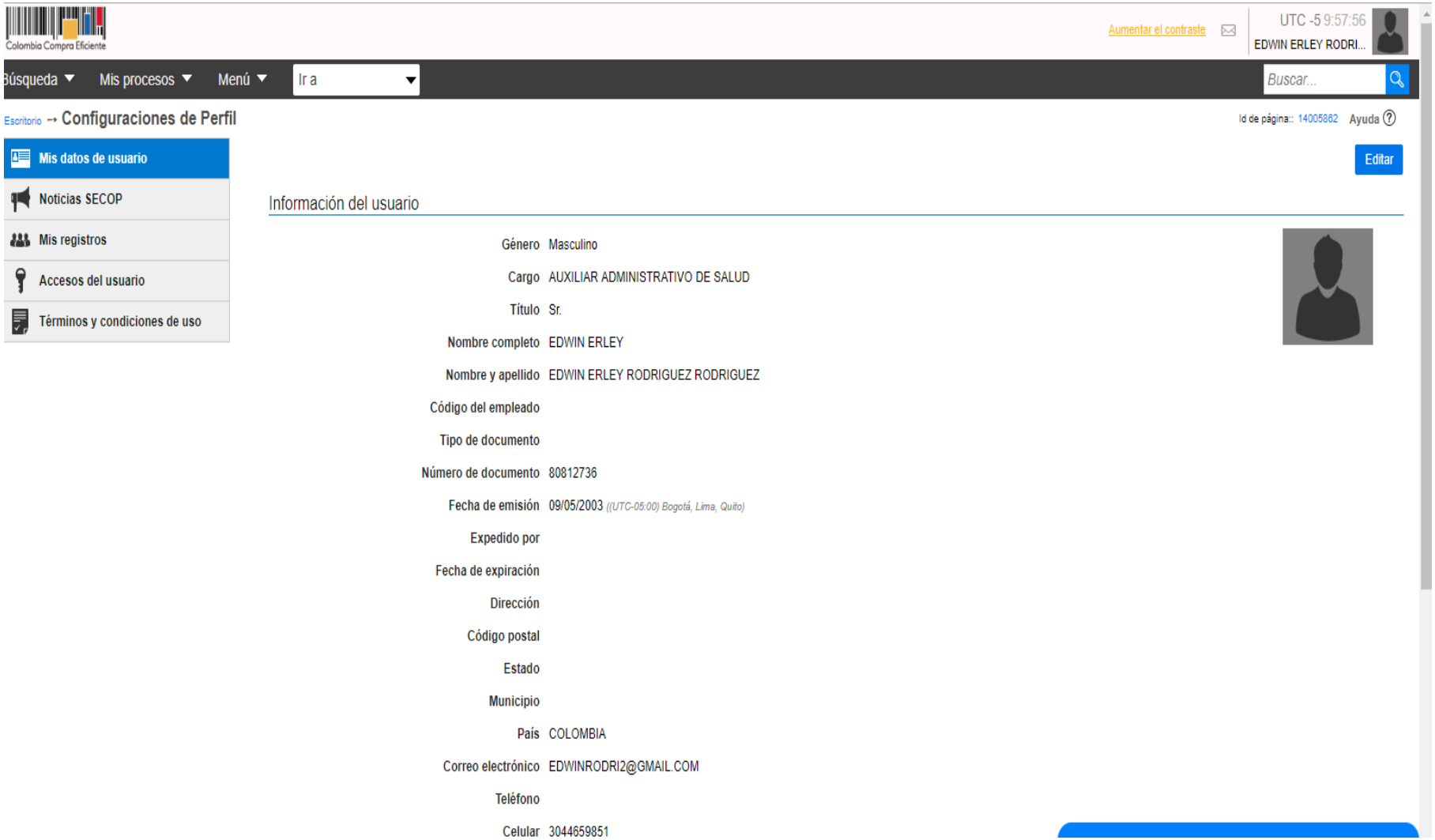
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 9:57:56
EDWIN ERLEY RODRI...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005862
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género Masculino
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD
Título Sr.
Nombre completo EDWIN ERLEY
Nombre y apellido EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Código del empleado
Tipo de documento
Número de documento 80812736
Fecha de emisión 09/05/2003 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección
Código postal
Estado
Municipio
País COLOMBIA
Correo electrónico EDWINRODRI2@GMAIL.COM
Teléfono
Celular 3044659851

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: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	EDWIN ERLEY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80812736

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80812736 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES MAR AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 53 F NO 1-27

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2091480

EMAIL edwinrodri2@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2002
										X	

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*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TL	8	X		TECNÓLOGO EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA	8	2016	

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: 14-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	agendasmedicas2@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 11 AÑO 2006	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	ESTADISTICA	calle 20 sur no 8a 22

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	12	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogota 17 de Diciembre / 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Edwin Reyes

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.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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

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 Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80812736 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 53 F NO 1-27 **Teléfonos** 3044659851 2091480

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA CLEMENTINA RODRIGUEZ	51944930	MADRE
HUGO ERLEY RODRIGUEZ	79493276	PADRE
MARIA CAMILA RODRIGUEZ JIMENEZ	1016720937	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	$ 19.512.000,00
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	$ 19.512.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008400364512	20 DE JULIO	$ 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

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 Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 14-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

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
CLAUDIA PAOLA JIMENEZ ZULETA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	53075502

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

La Institución Educativa Distrital

"Los Alpes"

Reconocida por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según

Resolución No. 2499 del 27 de Agosto de 2002

Confiere a:

Edwin Erley Rodríguez Rodríguez

T.I. No. 850317-53223 de Santafé de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Comercial

(Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1998)

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

Rector Secretaria

LOS ALPES DISTRITAL

Registro Interno

Acta No. 005 Folio No. 055

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

Dado en Bogotá, D.C., a 22 de Noviembre de 2002

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 80.812.736

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá,
al primer(1) día del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

22257981 - 01/08/2016
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940400753220CC80812736C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 22257981 - 01/08/2016

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 80.812.736

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, al primer(1) día del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940400753220CC80812736A.

Bogotá D.C

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, **EDWIN ERLEY 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:

TECNOLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA

Cordialmente;

Firma *EdwinRodriguez*

No. de documento: 80'812.736

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Carrera 53 f No 1 - 27

Teléfono: 304 465 98 51

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

CONSECUTIVO N° 920

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El señor **EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ,** identificado con CC. N° 80.812.736, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO
941-2006	01/11/2006	31/01/2007	$ 3.360.000
327-2007	01/03/2007	30/12/2007	$ 9.870.000
386-2008	01/04/2008	31/01/2009	$ 10.600.000
134-2009	02/02/2009	15/01/2010	$ 12.154.667
227-2010	18/01/2010	15/06/2010	$ 5.426.667
669-2010	21/06/2010	20/01/2011	$ 7.700.000
179-2011	01/02/2011	30/04/2011	$ 3.405.000
743-2011	02/05/2011	31/10/2011	$ 6.772.167
1289-2011	12/10/2011	31/01/2012	$ 4.123.833
113-2012	01/02/2012	07/12/2012	$ 12.005.400
1539-2012	14/12/2012	31/01/2013	$ 1.843.967
217-2013	01/02/2013	31/03/2013	$ 2.354.000
855-2013	01/04/2013	30/04/2013	$ 1.177.000
1034-2013	01/05/2013	08/12/2013	$ 8.850.800
2483-2013	13/12/2013	31/01/2014	$ 2.137.600
151-2014	01/02/2014	30/06/2014	$ 6.680.000
1631-2014	01/07/2014	31/07/2014	$ 1.396.000
1887-2014	01/08/2014	30/11/2014	$ 5.584.000
4301-2014	01/12/2014	20/01/2015	$ 2.326.667
605-2015	21/01/2015	31/05/2015	$ 6.049.333
2119-2015	01/06/2015	31/08/2015	$ 4.188.000
2752-2015	01/09/2015	12/10/2015	$ 1.954.400
3407/2015	21/10/2015	30/11/2015	$ 1.861.333
4182-2015	01/12/2015	31/12/2015	$ 1.396.000
568-2016	01/01/2016	09/01/2017	$ 17.170.800

PS-2741-2017	10/01/2017	03/02/2017	$ 1.085.000
PS-3066-2017	24/02/2017	31/03/2017	$ 2.565.000
PS- 3316-2017	01/04/2017	31/10/2017	$ 9.450.000
PS 4921 2017	19/10/2017	30/11/2017	$ 3.362.600
PS 5143 2017	01/12/2017	28/02/2018	$ 5.263.200
PS 2855 2018	01/03/2018	13/05/2018	$ 4.560.000
PS 3989 2018	16/05/2018	13/11/2018	$ 10.944.000

OBSERVACIONES
CON UNA TERMINACION BILATERAL DE LA OPS 743-2011 A PARTIR DEL 01 DE JULIO DE 2011

Contrato 941-2006 al 568-2016
OBJETO CONTRACTUAL
APOYO Y SOPORTE COMO AUXILIAR DE ESTADÍSTICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCIÓN DE LA E.S.E. DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES CONVENIDAS A REALIZAR DENTRO DEL TURNO.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas. 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud.4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por el Hospital San Cristóbal. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo). 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas. 7-Apoyar las actividades inherentes al contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares del proceso de habilitación y acreditación de los servicios de salud.8. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos.

Contrato PS-2741-2017 - PS-3066-2017 - PS- 3316-2017
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR LOS SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1 Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generándose las consultas. 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la subred centro oriente. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo). 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas. 7. Apertura, cierre y bloqueo de agendas de la Unidad San Cristóbal. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación. 9. Actividades de seguimiento, Validación y reporte de información de la producción de los archivos asistenciales. 10. Realizar entrenamiento y capacitación de los auxiliares del área de la salud en Dinámica Gerencial y administración de la agenda

Contrato PS 4921 2017
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR LOS SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1 Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas. 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la subred centro oriente. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo). 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas. 7. Apertura, cierre y bloqueo de agendas de la Subred centro oriente: PRIMERA DE MAYO, LOS ALPES, CRUCES, SAMPER MENDOZA, LACHES, JORGE ELIECER GAITAN, SAN JUAN DE DIOS de baja complejidad. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación. 9. Realizar seguimiento, validación e informes de la producción generadas en el servicio asistencial - misional. 10. Apoyar al coordinador del centro de atención primera de mayo, alpes, carcel distrital, URIS y estaciones de policia, en cuanto al seguimiento de contratos por prestación de servicios (OPS) el cual supervisa. 11. Apoyar en la verificación de las cuentas de cobro del personal de OPS y el debido registro de las mismas en el aplicativo establecido para tal fin. 12. Revisar y confrontar los pagos de la planilla de seguridad social en salud de contratistas contra el sistema de información FOSYGA. 13. Colocar a disposición del lider del centro de atención de la subred centro oriente, las historias clínicas de usuarios cuando las solicite con el fin de dar respuesta a los requerimientos de los diferentes entes de control conforme a la normatividad vigente. 14. Apoyar al lider del centro de atención en los requerimientos y solicitudes que a bien tenga el personal asistencial - misional. 15. Realizar el seguimiento y control de saldos de contratos del personal de prestación de servicios OPS.

Contrato PS 5143 2017
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR LOS SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1 Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generadosen las consultas. 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la subred centro oriente. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo). 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas. 7. Apertura, cierre y bloqueo de agendas de la Subred centro oriente: PRIMERA DE MAYO, LOS ALPES, CRUCES, SAMPER MENDOZA, LACHES, JORGE ELIECER GAITAN, SAN JUAN DE DIOS de baja complejidad. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación. 9. Realizar seguimiento, validación e informes de la producción generadas en el servicio asistencial - misional. 10. Apoyar al coordinador del centro de atención primera de mayo, alpes, carcel distrital, URIS y estaciones de policía, en cuanto al seguimiento de contratos por prestación de servicios (OPS) el cual supervisa. 11. Apoyar en la

verificación de las cuentas de cobro del personal de OPS y el debido registro de las mismas en el aplicativo establecido para tal fin. 12. Revisar y confrontar los pagos de la planilla de seguridad social en salud de contratistas contra el sistema de información FOSYGA. 13. Colocar a disposición del lider del centro de atención de la subred centro oriente, las historias clinicas de usuarios cuando las solicite con el fin de dar respuesta a los requerimientos de los diferentes entes de control conforme a la normatividad vigente. 14. Apoyar al lider del centro de atención en los requerimientos y solicitudes que a bien tenga el personal asistencial - misional. 15. Realizar el seguimiento y control de saldos de contratos del personal de prestación de servicios OPS. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017

Contrato PS 2855 2018
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER O TÉCNICO DEL ÁREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES PROCESOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1 Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas. 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la subred centro oriente. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo). 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas. 7. Apertura, cierre y bloqueo de agendas de la Subred centro oriente: PRIMERA DE MAYO, LOS ALPES, CRUCES, SAMPER MENDOZA, LACHES, JORGE ELIECER GAITAN, SAN JUAN DE DIOS de baja complejidad. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación. 9. Realizar seguimiento, validación e informes de la producción generadas en el servicio asistencial - misional. 10. Apoyar al cordinador del centro de atención primera de mayo, alpes, carcel distrital, URIS y estaciones de policía, en cuanto al seguimiento de contratos por prestación de servicios (OPS) el cual supervisa. 11. Apoyar en la verificación de las cuentas de cobro del personal de OPS y el debido registro de las mismas en el aplicativo establecido para tal fin. 12. Revisar y confrontar los pagos de la planilla de seguridad social en salud de contratistas contra el sistema de información FOSYGA. 13. Colocar a disposición del lider del centro de atención de la subred centro oriente, las historias clinicas de usuarios cuando las solicite con el fin de dar respuesta a los requerimientos de los diferentes entes de control conforme a la normatividad vigente. 14. Apoyar al lider del centro de atención en los requerimientos y solicitudes que a bien tenga el personal asistencial - misional. 15. Realizar el seguimiento y control de saldos de contratos del personal de prestación de servicios OPS. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017

Contrato PS 3989 2018
OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER O TÉCNICO DEL ÁREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES PROCESOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

1 Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Jefe Inmediato. 2. Digitar oportunamente todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generadosen las consultas. 3. Recolectar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas del Centro de Salud. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísiticas y suministrar oportunamente la información requerida por la subred centro oriente. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes (cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo). 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales y cumplir con las evaluaciones relacionadas. 7. Apertura, cierre y bloqueo de agendas de la Subred centro oriente: PRIMERA DE MAYO, LOS ALPES, CRUCES, SAMPER MENDOZA, LACHES, JORGE ELIECER GAITAN, SAN JUAN DE DIOS de baja complejidad. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades al área de estadística de la Oficina Asesora de Planeación. 9. Realizar seguimiento, validación e informes de la producción generadis en el servicio asistencial - misional. 10. Apoyar al cordinador del centro de atención primera de mayo, alpes, carcel distrital, URIS y estaciones de policia, en cuanto al seguimiento de contratos por prestación de servicios (OPS) el cual supervisa. 11. Apoyar en la verificación de las cuentas de cobro del personal de OPS y el debido registro de las mismas en el aplicativo establecido para tal fin. 12. Revisar y confrontar los pagos de la planilla de seguridad social en salud de contratistas contra el sistema de información FOSYGA. 13. Colocar a disposición del lider del centro de atención de la subred centro oriente, las historias clinicas de usuarios cuando las solicite con el fin de dar respuesta a los requerimientos de los diferentes entes de control conforme a la normatividad viegnte. 14. Apoyar al lider del centro de atención en los requerimientos y solicitudes que a bien tenga el personal asistencial - misional. 15. Realizar el seguimiento y control de saldos de contratos del personal de prestación de servicios OPS. 15. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día 02 de noviembre de 2018

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.,** según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y/o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Reviso: Adriana Londoño Pava/ Abogado Contratista Referente OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.812.736**

RODRIGUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

EDWIN ERLEY

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-MAY-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00801317-M-0080812736-20160314 0048953355A 1 1543826208

Scanned by CamScanner

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14223528126

(415)7707212489984(8020) 000001422352812 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 8 1 2 7 3 6	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	8 0 8 1 2 7 3 6	2 0 0 3 0 5 0 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	EDWIN	ERLEY

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 1 SUR 53 73 P 1

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
edwinrodri2@gmail.com		2 0 8 1 6 5 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 6 1 0 3 0					4 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 1 4

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 CEBALLOS ACOSTA OSCAR JAVIER
985. Cargo: Gestor III

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016
Hora: 12:17:12 PM

CONTRIBUYENTE CC 80812736 EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Información General

Dirección CL 1 SUR 53 73 PISO 1

Teléfonos 3044659851

Dirección electrónica edwinrodri2@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 17111733

Fecha Inicio Actividades 01/01/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001090964

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes actos
   - Tomar posesion de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehiculos
   - Registrar titulo como profesional y ejercer la profesion
   - Firmar contratos con cualquier entidad publica o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilizacion debe efectuar presentacion inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones

0263040 80812736

CT. ALFONSO ROMERO BUITRAGO 22-JUN-2004

Cmte. de Zona

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL

Tarjeta de Reservista Primera Clase

80812736

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1A LINEA	2A LINEA	3A LINEA
31 DIC	2015	31 2025

APELLIDOS Y NOMBRES

RODRIGUEZ RODRIGUEZ
EDWIN ERLEY

UM **PONAL** ESP: MIL **AUX. PONAL**

PROFESION BACHILLER

Institución vacunadora: 110010805905 Fecha de generación del carné: martes, 29 de enero de 2019 07:55 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812736
Nombres y Apellidos	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Fecha de nacimiento:	17/03/1985		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	06/05/2010			UPA 1 DE MAYO
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Segunda dosis	16/10/2013	Adacell		
Fiebre amarilla	Primera dosis	09/03/2007	Fiebre Amarilla		
	Refuerzo	30/08/2012	Fiebre Amarilla	C4065BP	
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	13/10/2013	Recombax B		
	Segunda dosis	20/11/2013	Recombax B		
	Tercera dosis	27/12/2013	Recombax B		
	Refuerzo	27/11/2014	Recombax B		
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	13/10/2013	pneumovax 23		
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	24/09/2005	Sarampión -Rubéola		
Td	Primera dosis	15/11/2007	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	20/01/2015	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	20/08/2017	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				

Institución vacunadora: 110010805905

Fecha de generación del carné: martes, 29 de enero de 2019 07:55 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812736
Nombres y Apellidos	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Fecha de nacimiento:	17/03/1985		

Toxoide Tetánico	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Institución vacunadora: 110010805905 Fecha de generación del carné: viernes, 15 de julio de 2016 08:37 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812736
Nombres y Apellidos	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Fecha de nacimiento:	17/03/1985		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	06/05/2010			UPA 1 DE MAYO
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Segunda dosis	16/10/2013	Adacell		
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	15/11/2007	Tetano Diftearia		
	Tercera dosis	20/01/2015	Tetano Diftearia		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Institución vacunadora: 110010805905

Fecha de generación del carné: viernes, 15 de julio de 2016 08:37 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812736
Nombres y Apellidos	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Fecha de nacimiento:	17/03/1985		

Toxoide Tetánico	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO SALUD OCUPACIONAL

DATOS DEL EMPLEADO	
NOMBRE DE LA EMPRESA: ESE SAN CRISTOBAL BOSQUES	FECHA EXPEDICION CERTIFICADO
NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDWIN ERLEY RODRIGUEZ	06 / 8 / 2017
CARGO: AUXILIAR DE ESTADISTICAS	EVALUACIÓN MEDICA: Ingreso
TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN: CC 80812736	

CONCEPTO FINAL	
Apto	X
on restricciones que no interfieren con su trabajo normal	
Apto con restricciones que limitan su trabajo normal	
Aplazado	
No apto	

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CONTROL DE PATOLOGIAS POR EPS.
2. CONTROL Y SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA ANUAL POR ASTIGMATISMO
3. PENDIENTE VALX OFTALMOLOGIA EPS POR PTERIGION OJO DI
4. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2H.
5. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES/SEM.
6. UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Dr. Luis Enrique Alfonso Heinns
Médico Especialista En Salud Ocupacional
C.C. 79212506
RES#2514/58/13052016 Bog
Universidad El Rosario

Firma MD SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA SO N°

Acepto los resultados y conceptos del presente examen; declaro que no he omitido ninguna información acerca de mi estado actual de salud.

Edwin Rodriguez

Firma
NOMBRE DEL PACIENTE Edwin Rodriguez
CEDULA N° 80 812 736 Bta

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	EDWIN	ERLEY

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	80812736	BOGOTA	2017-05-09

PASAPORTE		OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985-03-17	BOGOTA / CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)		CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		1	1	3044659851
VIUDO(A)		UNION LIBRE	X					

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO TECNOLOGO	X	BACHILLER OTRO		PRIMARIA		TECNICO		CUAL: TECNOLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA	TECNOLOGO ADMINISTRATIVO

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 53F NO 1 - 27	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	0

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
edwinrodri2@gmail.com	N/A	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
JIMENEZ	ZULETA	CLAUDIA	PAOLA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	53075502	BOGOTA/ CUDINAMARCA	[illegible]

PASAPORTE		OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:	SI X	NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL:
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA. . . .		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI		IVA	SI	NO X	8299
	NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	NO X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	NO X

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT
GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ ERVICIOS ☐ UD ☒		800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 # 5 - 43	344 48 44	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE SALUD	FECHA VINCULACION	2016-08-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1.820.000	ARRIENDOS	$ 700.000	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*	$ 235.000	OTROS ACTIVOS*	$ 19.000.000	OTROS PASIVOS*	$ 2.800.000
TOTAL INGRESOS	**$ 1.820.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.535.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 19.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 2.800.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	PAGO DE SALUD Y PENSION	MUEBLES ENSERES ELECTRODOMESTICOS TECNOLOGIA	DEUDAS A FAMILIARES

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LACHE	JIMENEZ	JOSE	RUBEN
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 2 # 17-25 APART 503	BOGOTA/CUNDINAMARCA/ COLOMBIA	AMIGO	3112510374

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	8400364512	20 DE JULIO	3 38 38 38

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐
CUAL: N/A

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

APOYO Y SOPORTE COMO AUXILIAR DE SALUD

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
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 INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriria 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon 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 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud 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, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA 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 Indice 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:		

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

El Señor EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ , identificado con Cédula Ciudadanía 80.812.736, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ		
Número de identificación:	80812736	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALLE 1 SUR 53- 73	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3044659851	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
80812736	RODRIGUEZ RODRIGUEZ EDWIN ERLEY	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

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

Se firma y expide en Bogotá a los 14 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

porvenir
Sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,812,736**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Noviembre de 2018.

Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80812736 Numero de Documento	SEGUROS BOLIVAR ARL

RODRIGUEZ Primer Nombre	RODRIGUEZ Segundo Nombre	EDWIN Primer Apellido	ERLEY Segundo Apellido
17/03/1985 F. Nacimiento dd/mm/aa	BOGOTA Ciudad de Nacimiento	Kra 53 f No 1 - 27 Dirección de Residencia	4630753 Teléfono Fijo

MEDIMAS EPS - Salud	PORVENIR AFP - Pensiones	$ 1'820,000 Honorarios

AUXILIAR DE LA AREA DE SALUD Objeto Contractual (Cargo)	 Fecha Inicio del Contrato
EDWINRODRI2@GMAIL.COM Correo Electrónico	304 465 98 51 Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52497496

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119180594

WEB
15:01:15

Bogotá DC, 13 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) EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80812736:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:02:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80812736
Código de Verificación	808127361812131502 50

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2610090

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 15:05 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS** de BOGOTA D.C.

80812736

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin 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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_5NUB_0515
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 15:06:19 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80812736**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ RODRIGUEZ EDWIN ERLEY**

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.

Volver al Inicio

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **20/11/2017**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **80812736**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550008400364512**
Fecha de apertura	**20/11/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Confirmación Inscripción Aspirante

Recibidos ×

senasofia@senavirtual.edu.co
para mí

lun., 28 ene. 9:23 (hace 23 horas)

Estimado(a): EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ,

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, le informa que usted se ha inscrito satisfactoriamente en el programa: ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES.

La asignación de instructor estará sujeta a la demanda del programa de formación y la disponibilidad de recurso humano del SENA. Se espera brindar atención en el menor tiempo posible.

Es necesario tener la información básica debidamente actualizada, ya que es requerida para procesos internos de matrícula de la Formación SENA. Si alguno de los datos que registró ha cambiado, por favor modifíquelo ingresando a www.senasofiaplus.edu.co, seleccione el rol Usuario e ingrese a la opción Registro -> Registro Persona -> Datos Básicos, o contacte la línea gratuita de atención al ciudadano Bogotá 5925555 – Resto del país 018000 910270

Recuerde revisar constantemente éste correo electrónico, ya que es donde le llegará la información acerca del programa en el que está inscrito.

Nota: Si usted no había manifestado interés en inscribirse en este programa, y considera que la inscripción que se describe en este mensaje no ha sido solicitada, siga las instrucciones: El usuario ingresa con el rol Aspirante a la opción “Inscripción”, menú “Consultar Programas de Formación, opción “Consultar Inscripciones a Programas de Formación”.

Gracias por utilizar nuestro servicio,

Cordial Saludo,