

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS  
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 01 de diciembre de 2018, a las 15:55:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1033752601             |
| Código de Verificación | 1033752601181201155527 |

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

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

CGR

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2018 - 15:57 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 TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS UN**

**1033752601**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

**ADVERTENCIAS:**

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

*Rosalba Jazmín Cabrales Romero.*

**ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://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](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12\_K3B25\_5715**

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:01:03 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1033752601

Apellidos y Nombres: **CARDENAS PEREZ HUGO ALEJANDRO**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41  
(Paloquemao), Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes  
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y  
2:00 pm - 5:00 pm  
Línea de Atención al Ciudadano -  
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112  
Resto del país: 018000 910 112  
Requerimientos ciudadanos 24  
horas  
Fax (571) 5159581 - E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 118658986



WEB  
15:51:13  
Hoja 1 de 01

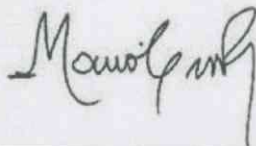
Bogotá DC, 01 de diciembre del 2018

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) HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033752601:

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.



# GRUPO ESPECIALIZADO DE RESCATE Y SALVAMENTO DE COLOMBIA

NIT: 900835611-9 MATRICULA N° 02559175 DEL 06 DE ABRIL 2015



**CERTIFICA QUE:**

**HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ**

C.C. 1.033.752.601

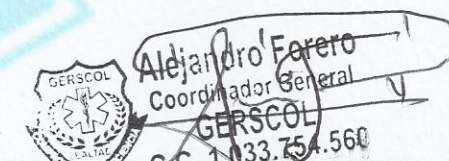
ASISTIO A EL CURSO CORRESPONDIENTE A:

**MANEJO DEL DEA**

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DE ACUERDO A LO  
ESTABLECIDO EN LA LEY 1064 DE JULIO DEL 2006, LEY GENERAL DE EDUCACIÓN.

  
Liz Herrera  
Coord. Registro y Control

Académico

  
Alejandro Forero  
Coordinador General  
GERSCOL  
C.C. 1.033.754.560  
Alejandro Forero Viracacha  
Director General

DADO EN BOGOTA A LOS 10 DIAS DEL MES OCTUBRE DEL 2017  
PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO FAVOR COMUNICARSE AL CENTRO DE  
CAPACITACIÓN GERSCOL PBX 365 2374 EXT 228



| Biológico                     | Dosis | Fecha         | Fabrica y Lote                    |
|-------------------------------|-------|---------------|-----------------------------------|
| Sarampión Rubéola             | 1     | Feb. 12. 2013 | Lote: 012N1017<br>EXP. SEP. 2013  |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1     | Feb. 12. 2013 | 1:024240502                       |
|                               | 2     | 07 NOV 2013   | 160J2007E                         |
|                               | 3     |               |                                   |
|                               | 4     |               |                                   |
|                               | 5     |               |                                   |
| Contra Hepatitis B            | 1     | 11 SEI 2012   | 1434033                           |
|                               | 2     | 25 SEP 2018   | HEPAXIM 1434034 01/10/2020        |
|                               | 3     | 15 DIC 2018   | ENGELIXIM B AHBVC66-AJ 30/05/2020 |

17- Sept 2019

| Biológico              | Dosis | Fecha         | Fabricante y Lote | Fi     |
|------------------------|-------|---------------|-------------------|--------|
| Contra Fiebre Amarilla |       | Feb. 12. 2013 | - 20 años         |        |
| Contra Influenza       |       | 25-07-18      | R3BUN1 / 19       | US3005 |
| Otras                  |       |               |                   |        |

Member to 2018  
e se. 2018. 01. 01. 2018.  
miembros 1000000  
e. 2018. 01. 01. 2018.  
e. 2018. 01. 01. 2018.  
e. 2018. 01. 01. 2018.

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

**Consérvelo**

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

Libertad y Orden

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

A+

Nombres: **Hugo Alejandro**  
Apellidos: **Cardenas Perez**  
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1.033.752.601**  
Fecha de Nacimiento: Día. **05** Mes. **Mayo** Año. **1993**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.752.601**  
**CARDENAS PEREZ**

APELLIDOS  
**HUGO ALEJANDRO**

NOMBRES

**HUGO CARDENAS.**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-1993**

**BOGOTA D.C.**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.72**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**10-MAR-2011 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00289410-M-1033752601-20110406

0026562480A 1

36338589



**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

**POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ, con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.752.601, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 14/11/2017 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 01 días del mes de Diciembre de 2018.

Cordialmente

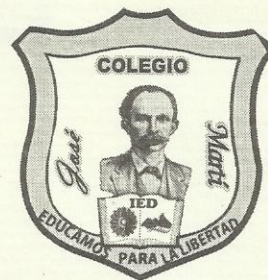
Hugo Ernesto Huiza  
Gerencia de Afiliación y Novedades.



# Acta de Grado

## Colegio José Martí

### Institución Educativa Distrital



En la ciudad de Bogotá D.C. a los Veintiocho (28) del mes de Noviembre de Dos mil doce (2012) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) del ultimo grado los suscritos Rector y Secretario, en la rectoría del COLEGIO JOSÉ MARTÍ. Institución Educativa Distrital Sede A Jornada de la Mañana Institución aprobada oficialmente en los niveles de Educación Preescolar, Básica y Media y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICO, Según Resolución No. 2117 del 18 de Julio de 2002

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

## Bachiller Académico

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

# Cárdenas Pérez Hugo Alejandro

Identificado (a) con Documento de Identidad No 1033752601

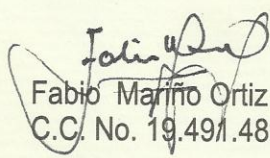
Es fiel copia tomado del Libro de Actas Generales de Grado No 30 de fecha Veintiocho (28) días del mes de Noviembre de Dos mil doce (2012) que consta de OCHENTA Y SIETE (87) estudiantes que comienza con el nombre de ALFONSO VARGAS KAREN ANDREA y se cierra con el nombre de VELOZA GONZÁLEZ ANGIE DANIELA. Firmada por RENÉ GERARDO ANDRADE ARÉVALO Rector, FABIO MARIÑO ORTIZ Secretario.

Entregado en Bogotá D.C. a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de Dos mil doce (2012)

Rector

  
René Gerardo Andrade Arévalo  
C.C. No. 80.364.651 de Bogotá

Secretario

  
Fabio Mariño Ortiz  
C.C. No. 19.491.489 de Bogotá

## HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

Identificado con

CC1033752601

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0271 CIUDAD TUNAL, con las siguientes características:

**CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS**

Número : 24076953291

Fecha de Apertura : 06 de septiembre de 2017

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: HOSPITAL SAN BLASS

Realizada en la oficina 0271 CIUDAD TUNAL de la ciudad de BOGOTA, el día jueves, 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

**Efectuado por:**

A0M3R3E5 - ANDREA MILENA MEDINA RAMIREZ

**FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS**

Bogotá, Diciembre 1 de 2018

Señor:

CARDENAS PEREZ HUGO ALEJANDRO

CC. 1033752601 CL 98B 10 19 - 0

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 Mayo 20 de 2016. 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 |
|-------------------------------|------------|------|-------------|---------|---------|-----------------------|-------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| CARDENAS ROZO ADRIAN          | 1021691508 | R    | Oct-4-2016  | 56      | 0       | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| CARDENAS PEREZ HUGO ALEJANDRO | 1033752601 | C    | May-20-2016 | 56      | 26      | COTIZANTE             | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| ROZO CASTRO JEIMMY PAOLA      | 1033769355 | C    | Oct-23-2014 | 118     | 26      | COMPANERO(A)          | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |

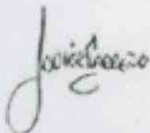
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante        | Usuario en contrato | Tipo de contrato                                   | Estado de contrato |
|-----------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ     | 1033752601          | Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m | VIGENTE            |
| MERCHANDISE TRADING SOCIEDAD LTDA | 1033752601          | Dependiente                                        | CERRADO            |

**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



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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,033,752,601**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre de 2018.

---

Gerente de Clientes

## INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resolución 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009  
emanada de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño y Acuerdos 056 de Diciembre 5 de 2008,  
y 158 de Mayo 21 de 2009 emanados del Ministerio de Protección Social

### Acta Individual de Certificación de Técnico Laboral

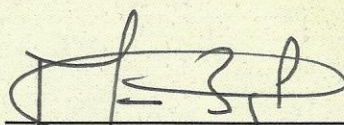
#### REGISTRO 15 FOLIO 52 LIBRO 4

En la Ciudad de Bogotá a los 29 días del mes de Agosto del año 2.014, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de TÉCNICO LABORAL con una duración de 1800 (horas) quien curso y culmino satisfactoriamente el programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

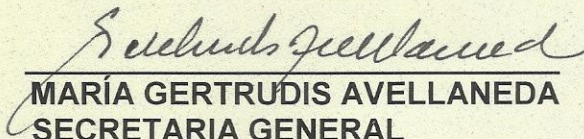
#### HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

C.C 1.033.752.601 DE BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General N° 57 de fecha 29 de Agosto de 2.014, que consta de 113 alumnos que comienzan con el nombre de CANDELARIA DEL CARMEN ARRIETA ARRIETA y se cierra con el nombre de JULIETH DANIELA URREGO CARRILLO firmado por:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "CMB", is written over a horizontal line.

**CARLOS MAURICIO BÁEZ P.**  
DIRECTOR  
C.C. No. 79.884.207 de Bogotá

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gertrudis Avellaneda", is written over a horizontal line.

**MARÍA GERTRUDIS AVELLANEDA**  
SECRETARIA GENERAL  
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá a los 05 días del mes de Septiembre del año 2.014

**CERTIFICA QUE:**

*Hugo Alejandro Cardenas Perez*

Identificado(a) con N° de Documento.

**CC: 1.033.752.601**

Asistió al programa correspondiente a:

**ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Con una duración de 40 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.



Liz Deines Sosa Nova  
Coord. Registro y control.



Alejandro Forero  
Coordinador Gerencial  
GERSCOL  
C.C. 1.033.754.560

Alejandro Forero Miracacha  
Director General

Entregado en Bogotá a los 21 días de mes de septiembre de 2018.

Vigencia hasta el día 21 del mes de Septiembre de 2019

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228



Bogotá D.C

Señores:

INSTITUTO INGIATSO OCDE RESTREPO  
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Hugo Alejandro Cardenas Perz 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:

AUXILIAR EN ENFERMERIA  
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Alejandro Cardenas Perz

No. de documento:

1033752601

Tarjeta profesional No:

\_\_\_\_\_

Dirección de contacto:

Diagonal 32 B 129 43

Teléfono:

3224786942 - 5228333

Bogotá D.C

Señores:

INSTITUTO INSABO

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

TECNICO EN Auxiliar en enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

ALEJANDRO CORDERAS

No. de documento:

1033752601

Tarjeta profesional No:

\_\_\_\_\_

Dirección de contacto:

CALLE 48 B #10-79

Teléfono:

322486947



## 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.

Última Actualización: 13-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1033752601 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección DIAGONAL 32B 12G 43

Teléfonos 3224786942 5225333

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------|------------------------|------------|
| adrian cardenas rozo | 1021691506             | 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 REPRESENTACIÓN            | \$ 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  | AHORROS        | 24076953291         | tunal             | \$ 27.000,00       |

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 |
|-------------------|----------|-------|
|-------------------|----------|-------|

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



## FORMULARIO ÚNICO

### DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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 |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| yeimmy paola rozo   | C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> | 1033769355       |

## 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

Alejandro Cardenas  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre

El Colegio José Martí  
Institución Educativa Distrital

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital  
según Resolución No. 2117 del 18 de Julio de 2002

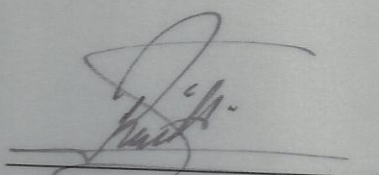
Confiere a:

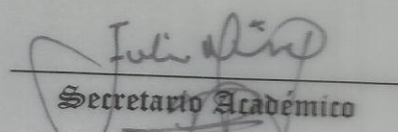
Cárdenas Pérez Hugo Alejandro  
Identificado (a) con Documento de Identidad No 1033752601

El Título de:

Bachiller Académico

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

  
Rector

  
Secretaría Académica

Para su registro y control interno Anotado en el libro No. 1 Folio No. 061

Dado en Bogotá D.C., a los 30 del mes de Noviembre de 2012



República de Colombia

# INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009

de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño

Acuerdos No. 056 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de mayo de 2009 del Ministerio de Protección Social

Confiere El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

C.C 1.033.752.601 DE BOGOTÁ

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1.800 Horas

Director

Secretaría Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de Septiembre de 2014  
Registro Folio No. 15/52 del Libro de Certificados No. 4



Nit: 830.015.894-4

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

**UMED LTDA. I.P.S.**

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901  
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según  
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997  
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**  
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional  
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Nro. 5776

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

|                                                                            |    |                                         |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>FECHA : 11/09/2017 HORA:9:13:</b>                                       |    | <b>EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO</b> |                                       |
| NOMBRES: HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ                                     |    | CEDULA: 1033752601                      | EDAD: 24 GENERO: M                    |
| EMPRESA: HOSPITAL SAN BLAS                                                 |    | CARGO: AUXILIAR ENFERMERIA              | TELEFONO: 3224786942 -                |
| <b>EXAMENES LABORALES REALIZADOS</b>                                       |    |                                         |                                       |
| Valoración Médica Laboral                                                  | Si | Respiratorio                            | Si                                    |
| Espirometría                                                               | -- | Dermatología                            | Si                                    |
| Audiometría                                                                | -- | Osteomuscular                           | Si                                    |
| Visiometría                                                                | -- | Cardiovascular                          | Si                                    |
| Optometría                                                                 | -- | Prueba de equilibrio                    | --                                    |
| Electrocardiograma                                                         | -- | Radiología Tunnel/carpo                 | --                                    |
| Psicología Laboral                                                         | -- | Radiología Columna                      | --                                    |
| Vacunas                                                                    | -- | Radiología Torax                        | --                                    |
| <b>LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO</b>                                   |    |                                         |                                       |
| Cuadro Hemático IVG                                                        | -- | Parcial de Orina                        | --                                    |
| Glicemia                                                                   | -- | RH-Grupo Sanguíneo                      | --                                    |
| Colesterol                                                                 | -- | KOH Uñas                                | --                                    |
| Triglicéridos                                                              | -- | Frotis Faringeo                         | --                                    |
| Serología                                                                  | -- | Coprologico                             | --                                    |
| <b>CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:</b>         |    |                                         |                                       |
| <b>APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)</b>     |    | --                                      | Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012 |
| <b>Apto Para el cargo sin Restricciones</b>                                |    | Si                                      | Aplazado                              |
| <b>Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo</b> |    | --                                      | No Apto Para Este Cargo               |
| <b>Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel</b>                 |    | --                                      | --                                    |
| <b>Examen PERIODICO Satisfactorio</b>                                      |    | --                                      | <b>Examen de EGRESO Satisfactorio</b> |
| <b>RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES</b>                                     |    |                                         |                                       |
| Higiene Postural                                                           | Si | Uso de Doble Protección Auditiva        | --                                    |
| Pausas Activas                                                             | Si | Control Optometrico Periodico           | Si                                    |
| Ergonomía del Puesto de trabajo                                            | Si | Uso de Lentes Permanentes               | Si                                    |
| Uso de Elementos de Protección Personal                                    | Si | Uso de Lentes Visión Cercana            | --                                    |
| Valoración por IPS de Medicina Laboral                                     | -- | Control de Tension Arterial             | --                                    |
| Control Audiometrico                                                       | -- | Estilos de Vida Saludable               | Si                                    |
|                                                                            |    | Evitar Posturas Prolongadas             | Si                                    |
|                                                                            |    | Uso de Medias de Compresión Graduado    | --                                    |
|                                                                            |    | Valoración y Manejo en IPS              | --                                    |
|                                                                            |    | Dieta - Ejercicio Fisico                | --                                    |
|                                                                            |    | Control Espirometría                    | --                                    |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, las limitaciones, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este consentimiento es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realicen las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la privacidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico, la información contenida en la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso de pago correspondiente a los servicios que he leído y comprendido a la perfección anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ  
LICENCIA No. 6684 DE 27/07/2009  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

Alejandro Cardenas

C.C. No



Realice sus exámenes en Instituciones medicas  
aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud:  
**UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional**

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur  
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937  
Fax: 239 0086  
umedltda@gmail.com  
www.umedips.com

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033752601

Numero de Documento

ARL Positiva

ARL

Hugo

Primer Nombre

Alejandro

Segundo Nombre

Cárdenas

Primer Apellido

Perez

Segundo Apellido

05-03-18

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Diag 32B 129 43

Dirección de Residencia

5725333

Teléfono Fijo

Salud Total

EPS - Salud

Ponvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar En Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

fofoyeas@gmail.com

Correo Electrónico

322 4786942

Celular

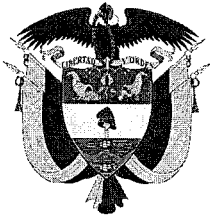
Alejandro Cárdenas

Firma del Afiliado

Madey Dany Salazar  
Ejecutivo de Riesgos  
Laborales

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



# 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: 17-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>CARDENAS                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>PEREZ                            | NOMBRES<br>HUGO ALEJANDRO                                                                                                                                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033752601 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                      |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 1033752601 D.M. 2           |                                                                    |                                                                                                                                                            |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 5 MES MAR AÑO 1993<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                  |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>DIAGONAL 32B 12G 43<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5225333<br>EMAIL fafoyei95@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 DICIEMBRE              | AÑO 2012 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

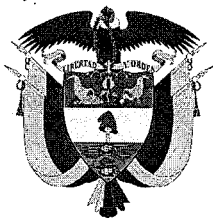
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TEMINACIÓN MES AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| TC                  | 3                       | X              | auxiliar de enfermería                   | 6 2015             | 1033752601                 |

### DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|        | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
| Inglés | X        |   |    | X      |   |    | X          |   |    |



# 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 DIGITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

4

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN  | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|------------|-----------------------|-------|
|            | AÑOS                  | MESES |
| PUBLICO    | 0                     | 0     |
| PRIVADO    | 0                     | 0     |
| PARTICULAR | 0                     | 0     |
| TOTAL      | 0                     | 0     |

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 D.C. 17-dic-2018

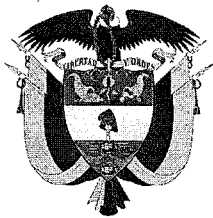
Alejandro Garzon

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

## OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



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: 17-dic-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Jefatura de Reclutamiento  
Ejército Nacional



Mapa del Sitio (/Modules/Help/SiteMap)

Facebook (<https://www.facebook.com/pages/Jefatura-de-Reclutamiento/187917991313270?fref=ts>) Twitter  
(<https://twitter.com/RECLUTAMIENTOCO>)

## Consulte el estado de su Situación Militar

Diligencie los siguientes campos y conozca el estado de definición de su situación militar.

Tipo de documento (\*):

Cédula de Ciudadanía

Número de documento (\*):

1033752601

Limpiar

Consultar



Inscripción



Citado



Concentración

En  
Liquidación



Reservista

HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

**En Liquidación - Por Liquidar**

Lugar:

Dirección:

**A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA**

|                                                |                       |                   |
|------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|
| PROCESO SOLICITANTE:                           | FECHA:                | Nº FOLIOS:        |
| NOMBRE DEL CANDIDATO: <b>Hugo Alejandro C-</b> | DOCUMENTO:            | <b>9033757604</b> |
| TELÉFONO: <b>322 4780943</b>                   | ACTIVIDAD SOLICITADA: |                   |

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

**B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO**

|                                                         |    |    |
|---------------------------------------------------------|----|----|
| NECESIDAD DE PERSONAL OPS                               | SI | NO |
| SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL |    |    |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL              |    |    |

**C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO**

|    |                                                                                                                                                                                  |    |     |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|
| 1  | FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG                                                                                                      | SI |     |  |
| 2  | SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA Nº 23 de 16/03/2017)                                                                                                 | SI |     |  |
| 3  | FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (BILGECIADO - IMPRESO Y FIRMADO)                                                                                                        | SI |     |  |
| 4  | DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 198 de 1995)                                                                                       | SI |     |  |
| 5  | DIPLOMAS ACADÉMICOS                                                                                                                                                              | SI |     |  |
| 6  | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO                                                                                                                                          | SI | N/A |  |
| 7  | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES                                                                                                                                  | SI | N/A |  |
| 8  | SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES (Res. 005/50 del 15 de mayo de 2015)                             | SI | N/A |  |
| 9  | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)                                                            | SI | N/A |  |
| 10 | CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)                                                                                                     | SI | N/A |  |
| 11 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%                                                                                                                            | SI | N/A |  |
| 12 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT: CÓDIGO CHU)                                                                                                 | SI |     |  |
| 13 | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT                                                                                                                                         | SI |     |  |
| 14 | LIBRETA MILITAR (Hombres)                                                                                                                                                        | SI |     |  |
| 15 | TARJETA PROFESIONAL                                                                                                                                                              | SI | N/A |  |
| 16 | RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)                                                                                    | SI | N/A |  |
| 17 | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS - (Personal de salud)                                                                                                                     | SI | N/A |  |
| 18 | ANTECEDENTES ÉTICO / PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contadurías, Administración)                                         | SI | N/A |  |
| 19 | CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)                                          | SI | N/A |  |
| 20 | EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)                                                                                                | SI |     |  |
| 21 | CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN Nº 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa) | SI | N/A |  |
| 22 | CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años                                                                                          | SI | N/A |  |
| 23 | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriología, Citotecnología, Histotecnología) Resolución 2003 de 2014                                        | SI | N/A |  |
| 24 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)                                                                                      | SI | N/A |  |
| 25 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)                                                                    | SI | N/A |  |
| 26 | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)                                                                                                           | SI | N/A |  |
| 27 | LICENCIA DE CONDICIÓN (Conductores)                                                                                                                                              | SI | N/A |  |
| 28 | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)                                                                                                                      | SI | N/A |  |
| 29 | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAPE) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella                                | SI |     |  |
| 30 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE:                                                                                                                     | SI |     |  |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSION - NOMBRE:                                                                                                                           | SI |     |  |
| 32 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE) NOMBRE:                                                                     | SI |     |  |
| 33 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                                         | SI |     |  |
| 34 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                                 | SI |     |  |
| 35 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                            | SI |     |  |
| 36 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                                   | SI |     |  |
| 37 | CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancariv, Nº de documento y Nº de cuenta)                                                                                | SI |     |  |

**D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Vº/Bº Responsable Talento Humano | Fecha: |
| Vº/Bº Dirección Talento Humano   | Fecha: |

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Número de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼

1033752601

Primer Nombre \*

HUGO

Primer Apellido \*

CARDENAS

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2018-12-01→3:26:10 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| CC                  | 1033752601          | HUGO          | ALEJANDRO      | CARDENAS        | PEREZ            | <a href="#">Ver</a> |

**Información Detallada [CC: 1033752601] HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ****2018-12-01→3:26:10 PM****Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación  | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora               |
|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| AUX           | Local                   | NO DISPONIBLE          | 2015/8/12                     | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |
| AUX           | Local                   | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2015/8/12                     | 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).



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-09-2017  
Hora: 11:15:01 AM  
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1033752601-4 HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

**Información**

*Dirección* CL 48B 10 29 SUR  
*Teléfonos* 3224786942  
*Dirección* FAFOYEI@GMAIL.COM  
*Fax*

**Información de**

*Fecha Inscripción* 18/09/2017  
*Soporte Inscripción* 23340138  
*Fecha Inicio Actividades* 18/09/2017  
*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica* PERSONA NATURAL  
*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO  
*Actividad 1:* 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE  
*Actividad 2:* -  
*Actividad 3:* -  
*Actividad 4:* -  
*Actividad 5:* -

*Fecha Inicio*



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

| DIAN®<br>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                | Formulario del Registro Único Tributario<br>Hoja Principal                                                                 |                             | MUNISCA<br>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado                                                                                                      |            | 001                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|--|
| 2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 Inscripción<br>Espacio reservado para la DIAN<br>                                                                                                                       |                                                |                                                                                                                            |                             | 4. Número de formulario<br>14432032512<br><br>(415)7707212489984(8020)0000014432032512 |            |                                             |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT):<br>1 0 3 3 7 5 2 6 0 1 - 4                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                | 6. DV<br>4                                                                                                                 |                             | 12. Dirección seccional<br>Impuestos de Bogotá                                                                                                                            |            | 14. Buzón electrónico<br>3 2                |  |
| IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 24. Tipo de contribuyente:<br>Persona natural o sucesión ilíquida <input checked="" type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                               |                                                | 25. Tipo de documento:<br>Cédula de ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 |                             | 26. Número de identificación:<br>1 0 3 3 7 5 2 6 0 1                                                                                                                      |            | 27. Fecha expedición:<br>2 0 1 1 0 3 1 0    |  |
| Lugar de expedición<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                | 28. País:<br>1 6 9                                                                                                         |                             | 29. Departamento:<br>Bogotá D.C.                                                                                                                                          |            | 30. Ciudad/Municipio:<br>Bogotá, D.C. 0 0 1 |  |
| 31. Primer apellido<br>CARDENAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                | 32. Segundo apellido<br>PEREZ                                                                                              |                             | 33. Primer nombre<br>HUGO                                                                                                                                                 |            | 34. Otros nombres<br>ALEJANDRO              |  |
| 35. Razón social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 36. Nombre comercial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 37. Sigla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| UBICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 38. País:<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | 39. Departamento:<br>Bogotá D.C.                                                                                           |                             | 40. Ciudad/Municipio:<br>Bogotá, D.C.                                                                                                                                     |            | 0 0 1                                       |  |
| 41. Dirección principal<br>CL 48 B 10 29 SUR                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 42. Correo electrónico:<br>fafoyei@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                | 43. Código postal                                                                                                          |                             | 44. Teléfono 1:<br>3 2 2 4 7 8 6 9 4 2                                                                                                                                    |            | 45. Teléfono 2:                             |  |
| CLASIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                            |                             | Ocupación                                                                                                                                                                 |            |                                             |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                | Actividad secundaria                                                                                                       |                             | Otras actividades                                                                                                                                                         |            | 52. Número establecimientos                 |  |
| 46. Código:<br>8 6 9 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 47. Fecha inicio actividad:<br>2 0 1 7 0 9 1 8 | 48. Código:                                                                                                                | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código:<br>1 2                                                                                                                                                        | 51. Código | 52. Número establecimientos                 |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 53. Código: 2 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 20- Obtención NIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| Obligados aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 54. Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 55. Forma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 56. Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| Servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 60. No. de Folios: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 61. Fecha: 2 0 1 7 0 9 1 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                                                            |                             |                                                                                                                                                                           |            |                                             |  |
| 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.<br>Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013<br>Firma del solicitante:<br>ALEJANDRO CARDENAS |                                                |                                                                                                                            |                             | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.<br>Firma autorizada:<br>984. Nombre VALENCIA ZAPATA JOSE GILDARDO<br>985. Cargo: Gestor I                        |            |                                             |  |

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

FECHA: 13-12-19 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca  
Distinguido Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos 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 E.S.E, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)  
PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL  
PRIMER APELLIDO: Corderas SEGUNDO APELLIDO: Perez PRIMER NOMBRE: Hugo SEGUNDO NOMBRE: Alejandro  
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 1033752601 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá DC FECHA EXPEDICIÓN: 10-03-11  
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐  
FECHA NACIMIENTO: 05-03-93 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana  
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ EN LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 2 NÚMERO DE HIJOS: 1 TELÉFONO CELULAR: 32478044

II. NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA  
MAESTRÍA ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ CUAL:  PROFESIÓN / OFICIO: Enfermero  
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Dlg 32 B 129 43 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS RESIDENCIA: Colombia TELÉFONO RESIDENCIA: 525333  
CORREO ELECTRÓNICO: fafoycias@gmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET:  TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒  
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI TIENE): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO/FAX:

III. DATOS DEL CONYUGE  
PRIMER APELLIDO: Rolo SEGUNDO APELLIDO: Castro PRIMER NOMBRE: Jeimmy SEGUNDO NOMBRE: Bola  
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 1033769351 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá FECHA EXPEDICIÓN: 01-11-12  
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:  ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☒ NACIONALIDAD: Colombiana

IV. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA  
ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐ PERSONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRA ☐ CUAL:   
FORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ Códigos CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8692 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐  
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒

|                                                                                                                                                                                   |                                             |                                                                                                     |                                     |                                                                                                    |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| FUNCIONARIO PÚBLICO<br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                             | ADMINISTRA. RECURSOS PÚBLICOS<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA<br><b>Hospital San Blas</b> |                                     |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA<br>GOBIERNO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> LUD <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> |                                             |                                                                                                     |                                     |                                                                                                    |                                     |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | AGRICOLA <input type="checkbox"/>           | ENERGETICA <input type="checkbox"/>                                                                 | FINANCIERA <input type="checkbox"/> | TRANSPORTE <input type="checkbox"/>                                                                | TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> |
| OTRA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     | CUAL: <input checked="" type="checkbox"/> X |                                                                                                     |                                     |                                                                                                    |                                     |
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA                                                                                                                                                           |                                             | TELÉFONO                                                                                            | Ciudad/Municipio                    | DEPARTAMENTO                                                                                       | PAÍS                                |
| CARGO ACTUAL                                                                                                                                                                      |                                             | FECHA VINCULACIÓN                                                                                   |                                     |                                                                                                    |                                     |

| 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO |                |                            |                       |                    |               |
|----------------------------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| NÚMERO DE EMPLEADOS                          | VENTAS ANUALES | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCIÓN | TIPO SOCIEDAD |
|                                              |                |                            |                       |                    |               |

| 5. INFORMACIÓN FINANCIERA  |         |                           |         |                           |      |                           |      |
|----------------------------|---------|---------------------------|---------|---------------------------|------|---------------------------|------|
| INGRESOS MENSUALES         |         | EGRESOS MENSUALES         |         | ACTIVOS                   |      | PASIVOS                   |      |
| SALARIOS                   | 800.000 | GASTOS FAMILIARES         | 500.000 | AHORROS                   |      | SALDO HIPOTECA            |      |
| HONORARIOS                 |         | ARRENDOS                  | 450.000 | INVERSIONES               |      | TARJETAS DE CRÉDITO       |      |
| ARRENDOS                   |         | CUOTA VEHÍCULO            |         | VEHÍCULOS                 |      | DEUDA VEHÍCULOS           |      |
| COMISIONES                 |         | CUOTA VIVIENDA            |         | PROPIEDADES               |      | DEUDAS DÍCEROS            |      |
| OTROS INGRESOS*            | 800.000 | OTROS EGRESOS*            | 500.000 | OTROS ACTIVOS*            |      | OTROS PASIVOS*            |      |
| TOTAL INGRESOS             | \$ 0    | TOTAL EGRESOS             | \$ 0    | TOTAL ACTIVOS             | \$ 0 | TOTAL PASIVOS             | \$ 0 |
| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS |         | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS |         | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS |      | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS |      |
|                            |         | Salud, Medicina, Hijo     |         |                           |      |                           |      |

| 6. REFERENCIAS PERSONALES                                                                         |                          |                |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|
| No debe ser familiar ni tener en el Estado o Corregimiento, debe ser familiar de la parte laboral |                          |                |                                     |
| PRIMER APELLIDO                                                                                   | SEGUNDO APELLIDO         | PRIMER NOMBRE  | SEGUNDO NOMBRE                      |
| Trujillo                                                                                          | Molina                   | Anyerla        | Paola                               |
| DIRECCIÓN                                                                                         | Ciudad/DEPARTAMENTO/PAÍS | TIPO RELACIÓN  | TELÉFONO Fijo y/o EXTENSIÓN/CELULAR |
|                                                                                                   | Bogotá/Cundinamarca      | Enfermera jefe | 3144582858                          |

| 7. REFERENCIA FINANCIERA |                  |            |            |          |
|--------------------------|------------------|------------|------------|----------|
| NOMBRE ENTIDAD           | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO     | SUCURSAL   | TELÉFONO |
| Banco Caja Social        | Cuentade Ahorro  | 2407691321 | C.C. Tunal |          |

|                                                                                                                          |                                  |                                        |                                    |                                        |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |                                        |                                    |                                        |                               |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                           | TIPO DE PRODUCTO                 | NÚMERO                                 | PAÍS/Ciudad                        | MONEDA                                 | MONTO PROMEDIO                |
|                                                                                                                          |                                  |                                        |                                    |                                        |                               |
| DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS                                                      |                                  |                                        |                                    |                                        |                               |
| IMPORT <input type="checkbox"/>                                                                                          | EXPORTA <input type="checkbox"/> | TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> | PRESTAMOS <input type="checkbox"/> | PAGO SERVICIO <input type="checkbox"/> | OTRA <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          |                                  |                                        |                                    |                                        | CUAL:                         |

| 8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS |
|-------------------------------------------------|
|-------------------------------------------------|

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 EN 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 destinaron 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 ingreso y retenciones + declaración de renta si es declarante.  
**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.  
**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.  
**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

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 los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio 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:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, 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, suministrando 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 adelanta gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Pasacolda, 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

**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

Alejandro Cardenas

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

**X. INFORMACION DE ENTREVISTA**

|                                      |                                   |                                    |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| 1. Fecha                             |                                   | 2. Ciudad                          |  |
| 3. Nombre del funcionario o Aceptor: |                                   |                                    |  |
| 4. Lugar de la Entrevista:           |                                   |                                    |  |
| 5. Observaciones:                    |                                   |                                    |  |
| 6. Resultado de la Entrevista:       | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |  |
| 7. Firma y Cédula                    |                                   |                                    |  |

**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**

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



Colombia Compra Eficiente

Ayuda al contratista

UTC -5 13:50:30

HUGO ALEJANDRO CA...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos

Volver

Últimas modificaciones

Todos

Selecciones

Buscar contrato

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| <u>Id del contrato</u> | <u>Número del Contrato</u> | <u>Entidad Estatal</u>                                      | <u>Tipo de entidad</u> | <u>Fecha de firma</u>                                      | <u>Fecha de finalización</u>                                                   | <u>Facturación de la entidad</u> | <u>Valor total de la oferta</u> | <u>Estado</u>                 |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 233684                 | PS 0329 2018               | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | Entidad Estatal        | 10/01/2018<br>11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | 1 día para terminar<br>(15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ    | 20.582.100 COP                  | Modificación aceptada enviada |

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones

Todos

Esperando aprobación

Firmado

Firmado y enviado a la Entidad Estatal

Suspendidos

Cancelados

Cerrados

Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## Resolución No 9073 de 12/08/2015

### Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

#### LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

#### CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CARDENAS PEREZ HUGO ALEJANDRO Identificado(a) con CC número 1033752601 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 05/09/2014.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

#### RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CARDENAS PEREZ HUGO ALEJANDRO identificado(a) con CC número 1033752601 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

#### NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/08/2015

*Isabel Cristina Artunduaga P.*

*Directora de Calidad de*

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA  
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó : Daniel Ortiz B.  
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 30-09-15

A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) HUGO ALEJANDRO CARDENAS

CC. # 1'033.752.601

Firma

*[Firma manuscrita]*

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



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



# GRUPO ESPECIALIZADO DE RESCATE Y SALVAMENTO DE COLOMBIA

NIT: 900835611-9 MATRICULA N° 02559175 DEL 06 DE ABRIL 2015



**CERTIFICA QUE:**

**HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ**

C.C. 1.033.752.601

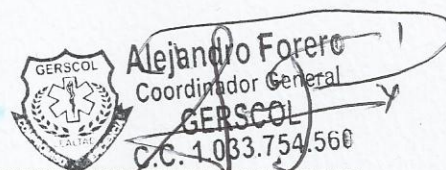
ASISTIO Y APROBO EL CURSO CORRESPONDIENTE A:

**SOPORTE VITAL BASICO**

CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DE ACUERDO A LO  
ESTABLECIDO EN LA LEY 1064 DE JULIO DEL 2006, LEY GENERAL DE EDUCACIÓN.

  
Liz Dora Jose Nova  
Coord. Registro y Control

Académico

  
Alejandro Forero  
Coordinador General  
GERSCOL  
C.C. 1.033.754.560

Alejandro Forero Viracacha  
Director General



DADO EN BOGOTA A LOS 10 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2017

PARA VERIFICAR ESTE CERTIFICADO FAVOR COMUNICARSE AL CENTRO DE CAPACITACIÓN GERSCOL

PBX 365 2374 EXT 228



República de Colombia

# INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGA BO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Confiere

A: HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

C.C. N° 1.033.752.601 M.C. M.D.D.D.A

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el Diplomado de

URGENCIAS MÉDICAS

Duración del Programa: 150 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 07 días del mes de Diciembre de 2013



República de Colombia

# INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGA BO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Confiere

A: HUGO ALEJANDRO CARDENAS PEREZ

C.C. N° 1.033.752.601 M.C. M.D.D.D.A

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el Diplomado de

URGENCIAS MÉDICAS

Duración del Programa: 150 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 07 días del mes de Diciembre de 2013