

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

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá,
Según la Resolución No. 8386 del 4 de Diciembre de 1997 y
2090 del 1 de Julio de 1999 y 3103 del 25 de Agosto de 2008*

Confiere a:

John Fredy Rojas Tilaguy

C.C. No. 1.031.164.817 de Bogotá

El título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 113 de 1994
y Artículo 27 Decreto 3011 de 1997*

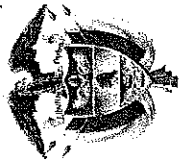


[Firma]
Rector
[Firma]
Secretario

Libro de Registro No. 07 Acta No. 36 Folio No. 49

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

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



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

“FUSDESA”

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial

Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,

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

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

CONFIERE A:

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

C.C. 1.031.164.817 DE BOGOTÁ D.C.

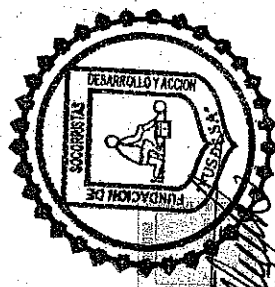
EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

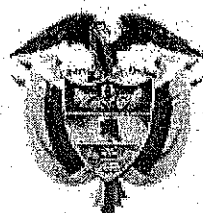
DURACIÓN 1800 HORAS



NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

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



Libertad y Orden

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



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

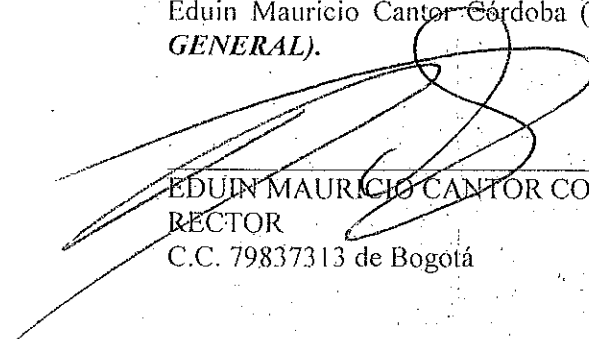
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, Se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan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

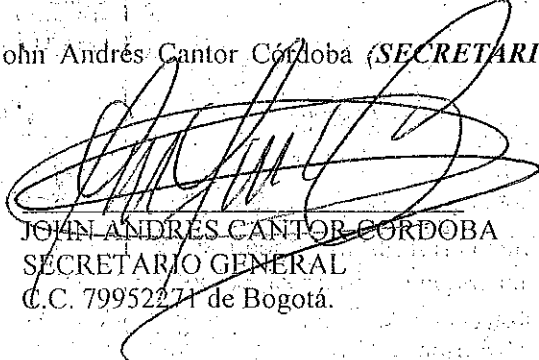
ROJAS TILAGUY JHON FREDY
T.I. N. 960430-05089 BOGOTA

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

Firmada por:

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


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


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



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

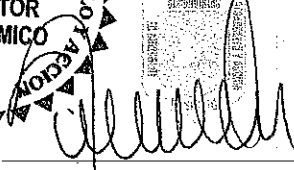
ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 035

ACTA INDIVIDUAL N° 15647

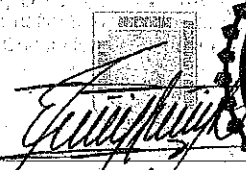
En Bogotá D.C. a los 09 días del Mes de Julio del año 2016
JOHN FREDY ROJAS TILAGUY
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.031.164.817 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO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

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




NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA




PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

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

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud Fosdesa

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

Técnico en Auxiliar de enfermería

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

John Rojas

No. de documento:

1037 164 817

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Dig 62 N° 20 B 30 Sur

Teléfono:

715 6188 - 302 2535866

Diagonal 34 5-43
 Código Postal 11031174
 Teléfono: 3444484
 NIT: 830077644-5

www.esecentrooriente.gov.co
subcentroorientes@saludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.031.164.817

ROJAS TILAGUY

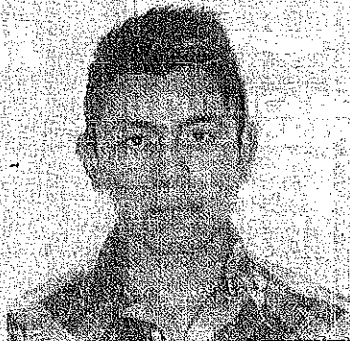
APELLIDOS

JOHN FREDY

NOMBRES

John Fredy Rojas.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

14-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00791772-M-1031164817-20160222

0048551729A 1

1303798613



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Unidad de Registro, Simulación y Control de Pagos

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14394617768



(415)7707212489984(8020) 000001439461776 8

6. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 1 1 6 4 8 1 7

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 1 1 6 4 8 1 7

27. Fecha expedición:

2 0 1 4 0 5 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ROJAS

32. Segundo apellido

TILAGUY

33. Primer nombre

JOHN

34. Otros nombres

FREDY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Signo:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

DG 62 20 B 30 SUR BRR PARQUES DEL TUNAL

42. Correo electrónico:

worsnop0419@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

7 9 2 5 3 8 8

45. Teléfono 2:

3 2 2 2 8 6 6 5 1 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 6 2 5

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código:

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

55. Forma	56. Tipo
☐	☐

Servicio	1	2	3
57. Modo	☐	☐	☐
58. CPC	☐	☐	☐

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de folios

1

61. Fecha

2 0 1 6 1 1 0 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2160 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OBANDO PIZA CARLOS ALBERTO

985. Cargo: Gestor i

CONTRIBUYENTE NIT 1031164817-8 JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

Información General

Dirección DG 62 20 B 30 SUR BRR PARQUES
DEL TUNAL

Teléfonos 7925388 - 3222866515

Dirección electrónica worsnop0419@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 09/12/2016

Soporte Inscripción 22933853

Fecha Inicio Actividades 25/06/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002440925



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1031164817

APELLIDOS Y NOMBRES

ROJAS TILAGUY

JOHN FREDY

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LINEA
31 - DIC
2026

2ª LINEA
31 - DIC
2036

3ª LINEA
31 - DIC
2046



FECHA DE EXP. 23 NOV 2015 ESP. MIL.

PROFESIÓN BACHILLER UM

CDTE. DE DISTRITO

VALIDA PARA LA RESERVA DE FUERZAS MILITARES NACIONALES

Reservista de 1ª línea

2015 690 239767



- Esta es la tarjeta de reserva y es requisito presentarla para los siguientes casos:
 - Cuando se inscriba con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la fuerza administrativa.
 - Tener posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
- En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



00836505



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 10737 de 12/09/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

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

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

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

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

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

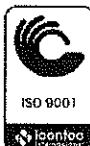
Dada en Bogotá, D.C. a los 12/09/2016

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

Revisó :Sebastián Quiroz L.
Elaboró :Victor Sánchez

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

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1031164817

Verificar Registro en ReTHUS

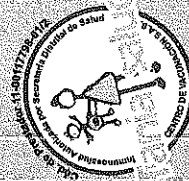
Limpiar

El Ciudadano de la identificación
consultada, Se encuentra inscrito en el
Registro Único Nacional del Talento
Humano en Salud (ReTHUS).



PBX:
749 53 41
Cel.: 310 237 1397

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



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com
CÓDIGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO: 11001772301
CÓDIGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO: 11001772302

NOMBRES: John Fredy Rojas T
DOCUMENTO: 103164017
TELÉFONO:

VACUNA	FECHA	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1ra Dosis				
2da Dosis				
3ra Dosis				
4ra Dosis				
5ra Dosis				
6ra Dosis				
7ra Dosis				
8ra Dosis				
9ra Dosis				
10ra Dosis				

VACUNA	FECHA	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1 Dosis				
2 Dosis				
3 Dosis				
4 Dosis				
5 Dosis				
6 Dosis				
7 Dosis				
8 Dosis				
9 Dosis				
10 Dosis				

VACUNA	FECHA	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1 Dosis				
2 Dosis				
3 Dosis				
4 Dosis				
5 Dosis				
6 Dosis				
7 Dosis				
8 Dosis				
9 Dosis				
10 Dosis				

VACUNA	FECHA	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1 Dosis				
2 Dosis				
3 Dosis				
4 Dosis				
5 Dosis				
6 Dosis				
7 Dosis				
8 Dosis				
9 Dosis				
10 Dosis				

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



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 19 -12 -2016 _____

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Ingreso X **Periódico** _____ **Retiro** _____ **Trabajo en alturas** _____

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

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

EVALUACIONES REALIZADAS

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

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

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

10

Remisión a _____

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C: 1031164817.

HUELLA



Dr. Edgardo Romero R.
Esp. en Salud Ocupacional o Med. Laboral
RM: 1980 del 22/02/10
Secretaría de Salud de Bz.
NIT: 3726903-3

Dr. Edgardo Romero R.
Esp. en Salud Ocupacional o Med. Laboral
RM: 1980 del 22/02/10
Secretaría de Salud de Bz.
NIT: 3726903-3



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

**INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL
TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO**
Resolución No. 10-005/20 de enero de 2010

CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO

INTENSIDAD 20 HORAS

JOHN ROJAS TILAGUY

No. de identificación:
1.031.164.817

Fecha de inicio: **17-SEPT-2016** Fecha de Terminación: **18-SEPT-2016**

Fecha de Inicio

Fecha de Terminación

Este carné no autoriza al portador para actuar en circunstancia alguna a nombre de la Cruz Roja Colombiana

Para verificar esta tarjeta,
favor comunicarse al +54 (0) 99

Ciudad y País

BOGOTÁ - COLOMBIA

Sección de Formación y Capacitación Seccional Cundinamarca y Bogotá

Director de Formación: **Dr. Rafael A. Fleischer F.**

Instituto de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Firma del Portador

CORPORACIÓN ACADÉMICA

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

FECHA:	2017-11-27	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
ROJAS		TILAGUY		JOHN		FREDI	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐
		1.031.164.817		CUNDINAMARCA		2014/05/14	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1996/04/30		BOGOTÁ		COLOMBIA		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NÚMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒				2		1	
VIUDO(A) ☐						3222866515	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒							
TECNOLOGO ☐ OTRO ☐						AUXILIAR ENFERMERÍA	

DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA	
DIAGONAL 62 NUMERO 20B 30 SUR		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		COLOMBIA		7156188	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA			
WORSNOP0419@GMAIL.COM						PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐			
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:		TELÉFONO/TAX	

2. DATOS DEL CONVUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GUTIERREZ		RAMIREZ		VIVIANA			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐
		1013666236		BOGOTÁ CUNDINAMARCA		2014/04/15	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
						NACIONALIDAD: COLOMBIANO	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐			CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	NO ☒	IVA SI ☐	NO ☒
		SI ☒	NO ☐	ICA SI ☐	NO ☒
				CODIGOS CUU ACTIVIDAD ECONOMICA	8692
				PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	SI ☒	NO ☐	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒
				# NIT	900959051-7
EXPORTACIONES	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	SPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CUIDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
Diagonal 34 N° 5 - 43	3 - 444484	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	2017/01/10	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 1.000.000	AHORROS	\$ 200.000	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 1.400.000	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 500.000
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 1.400.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 200.000	TOTAL PASIVOS	\$ 500.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
		SERVICIOS PÚBLICOS					

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ESQUIVEL	GAMBOA	MAYRA	ALEJANDRA
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CARRERA 19 F NUMERO 62-97	BOGOTÁ / CUNDINAMARCA	AMIGA	3115536761

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24068966412	BOGOTA	3077969

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CUIDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESUMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (*Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail surlafi@subredcentrooriente.gov.co*) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (*INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO*).

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

John Rojas

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



Bogotá, Noviembre 24 de 2017

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

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUTIERREZ RAMIREZ VIVIANA	1013666236	C	May-5-2017	30	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ROJAS TILAGUY JOHN FREDY	1031164817	C	Ene-1-2017	47	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
JOHN FREDY ROJAS TILAGUY	1031164817	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de noviembre de 2017.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

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

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

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

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

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

2017112500034



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

CERTIFICA QUE:

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

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1031164817	JOHN FREDY ROJAS TILAGUY	SANTA CLARA-ASISTENCI AL	3	2.436%	15/12/2016	30/11/2017	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 23 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1031 164 817

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

John

Primer Nombre

Fredy

Segundo Nombre

Rojas

Primer Apellido

Tilagoy

Segundo Apellido

30 / 04 / 96

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C.

Ciudad de Nacimiento

Dig 62 N 20 B 30 Sur

Dirección de Residencia

7156188

teléfono fijo

Salud total

EPS - Salud

Protección S.A

AFP - Pensiones

1'494.000 =

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

10 Enero / 2018

Fecha Inicio del Contrato

worsnop0419@gmail.com

Correo Electrónico

322 286 6515

Celular

John Rojas

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo
C.C. No. 52.431.204
Enfermera P.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52.431.204



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102159022



WEB

23:04:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN FREDY ROJAS TILAGUY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031164817:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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



LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

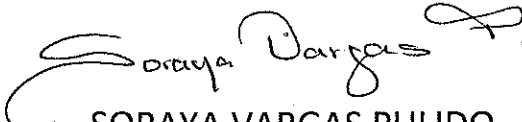
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de noviembre de 2017, a las 23:9:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.031.164.817
Código de Verificación	10335572282017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000



Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2017 - 23:24 pm

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

CERTIFICA

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

1031164817

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_TL57_2423**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/11/2017 a las 23:00:01 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1031164817 y
Nombres: ROJAS TILAGUY JOHN FREDY

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159561 - E-mail: linea directa@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

Identificado con

CC1031164817

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

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24068966412

Fecha de Apertura : 10 de diciembre de 2016

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

Estado : CUENTA ACTIVA

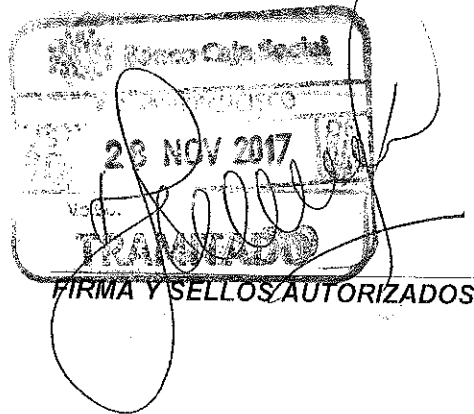
Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE.

Realizada en la oficina 0040 SAN FRANCISCO de la ciudad de BOGOTA, el día martes, 28 de noviembre de 2017.

Cordialmente,

Efectuado por:

J9D2S1I2 - JUDITH MARCELA DIAZ SANCHEZ



JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

DG 62 20 B 30 SUR

PARQUES DEL TUNAL

BOGOTA BOGOTA D.C.

REGIONAL: 01 OFICINA: 0040

Recuerde que desde nuestro portal de Internet Empresarial usted podrá generar e imprimir los soportes y extractos de sus cuentas, lo que le facilitará obtener la documentación requerida para el pago de impuestos. Si aún no tiene acceso a este servicio, acérquese a cualquiera de nuestras oficinas.

Actualizando sus datos
usted está más cerca de su Banco,
y nosotros más cerca de usted.

Acérquese a cualquiera de nuestras oficinas o a través de:



bancocajasocial.com



Línea Amiga
307 70 60 en Bogotá
01 8000 910038 en otras ciudades

Recuerde, es un deber de todos.

*Ley 1328 de 2009 - Régimen de Protección al Consumidor
Financiero, Capítulo 2, Artículo 6, Párrafo 2.



Agosto 2017

Cuentamiga

*****6412

Periodo del Informe

1 de Agosto a 31 de Agosto de 2017

Saldo Anterior	Más Créditos y Depósitos	Menos Débitos y Retiros	Intereses del Periodo	Saldo Bolsillo	Nuevo Saldo
6,403.07	1,674,964.28	-1,666,640.00	1.28	5,000.00	14,727.35

Cuentamiga

*****6412

Detalle de Producción

Fecha	Transacción	Documento	Lugar	Débitos	Créditos	Saldos
AGO 09	TRANSFERENCIA OTRA ENTIDA <small>9999990517 TRASLADOS Transferencia a otra entidad por Portal Emp</small>	69742945	ACH		1,674,963.00	1,681,366.07
AGO 09	RETIRO RED PROPIA	21920463	CII 16 SUR RESTRE	700,000.00		981,366.07
AGO 11	RETIRO RED PROPIA	21920963	CII 16 SUR RESTRE	700,000.00		281,366.07
AGO 11	RETIRO RED PROPIA	21920965	CII 16 SUR RESTRE	200,000.00		81,366.07
AGO 11	RETIRO RED PROPIA	21920967	CII 16 SUR RESTRE	60,000.00		21,366.07
AGO 31	GRAVAMEN MOVS FINANCIEROS	12345678	SAN FRANCISCO	6,640.00		14,726.07
AGO 31	ABONO DE INTERESES	12345678	SAN FRANCISCO		1.28	14,727.35



Línea Amiga
307 70 60 en Bogotá
01 8000 910038 en otras ciudades

Información Importante

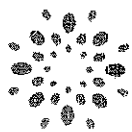
1. Banco Caja Social NIT. 960.007.335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alfonso Oñantes Neira (Defensor Suplente).
Dirección: Av. 19 No 114 - 09, oficina 502. Teléfonos 2131322 / 2131379 en Bogotá D.C.
E-Mail: defensor@bancocajasocial.com; pgabogafos.com. Horario de atención de Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

2. Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales Deloitte & Touche Ltda., revisor@deloitte.com.co o al A.A. No. 075624 de Bogotá.

3. Este producto se encuentra protegido por el Seguro de Depósito de Fogafin. Para mayor información ingrese a www.bancocajasocial.com



Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.com



**Banco
Caja Social**

Más banco. Más amigo.

Extracto individual Cuenta de Ahorros

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

DG 62 20 B 30 SUR

PARQUES DEL TUNAL

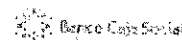
BOGOTA BOGOTA D.C.

REGIONAL: 01 OFICINA: 0040

Recuerde que con la Cuenta Amiga para Ahorrar, podrá fortalecer buenos hábitos de ahorro para tener una buena salud financiera.

Cuentamiga

PARA AHORRAR



Somos amigos del esfuerzo de cada colombiano.

- Único plan de ahorro con plazo mínimo de 16 meses
- Mayor rentabilidad en relación a los demás planes
- Posibilidad de disponer de sus recursos para emergencias en cualquier momento

**CUANDO USTED DECIDE AHORRAR,
SU FUTURO ES EL PROGRESO.**

Cuentamiga

*****6412

Periodo del Informe

1 de Septiembre a 30 de Septiembre de 2017

Saldo Anterior	Más Créditos y Depósitos	Menos Débitos y Retiros	Intereses del Periodo	Saldo Bolsillo	Nuevo Saldo
14,727.35	1,831,359.11	-1,833,987.00	3.11	10,000.00	12,099.46

Cuentamiga

*****6412

Detalle de Producción

Fecha	Transacción	Documento	Lugar	Débitos	Créditos	Saldos
SEP 01	RECIBIDO DE CUENTA	12345678	DEBITO AUTOMATICO		5,000.00	19,727.35
SEP 01	TRASLADO HACIA BOLSILLO	12345678	DEBITO AUTOMATICO	5,000.00		14,727.35
SEP 08	TRANSFERENCIA OTRA ENTIDAD 9908590617 TRASLADOS Transferencia a oim entidad por Postal bnp	77191977	ACH		1,826,356.00	1,841,083.35
SEP 09	COMPRA EN CANAL ELECTRONI	Z8516013	REDEBAN	30,000.00		1,811,083.35
SEP 09	RETIRO RED PROPIA	01033158	RESTREPO VALVANER	700,000.00		1,111,083.35
SEP 09	RETIRO RED PROPIA	01033160	RESTREPO VALVANER	700,000.00		411,083.35
SEP 09	COMPRA EN CANAL ELECTRONI	00086821	REDEBAN	229,400.00		181,683.35
SEP 09	COMPRA EN CANAL ELECTRONI	00086822	REDEBAN	92,300.00		89,383.35
SEP 09	RETIRO RED PROPIA	04199026	PLAZA DE LAS AMER	70,000.00		19,383.35
SEP 30	GRAVAMEN MOVS FINANCIEROS	12345678	SAN FRANCISCO	7,287.00		12,096.35
SEP 30	ABONO DE INTERESES	12345678	SAN FRANCISCO		3.11	12,099.46



Línea Amiga

307 70 60 en Bogotá
01 8000 910036 en otras ciudades

Información Importante

1. Banco Caja Social NIT. 860.037.335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alfonso Cifuentes Nebra (Defensor Suplente).

Dirección: Av. 19 No 114 - 00 oficina 502. Teléfonos 2131322 / 2131370 en Bogotá D.C.

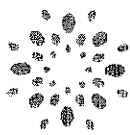
E-Mail: defensor@bancocajasocial.com, defensor@bancocajasocial.com. Horario de atención de Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

2. Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales Deloitte & Touche Ltda. revisores@deloitte.com o al A.A. No. 075874 de Bogotá.

3. Este producto se encuentra protegido por el Seguro de Depósito de Fogafin. Para mayor información ingrese a www.bancocajasocial.com



Producto protegido por el Seguro de Depósito de Fogafin



**Banco
Caja Social**

Más banco. Más amigo.

JOHN FREDY ROJAS TILAGUY

DG 62 20 B 30 SUR

PARQUES DEL TUNAL

BOGOTA BOGOTA D.C.

REGIONAL: 01 OFICINA: 0040

Extracto Individual Cuenta de Ahorros

Para que disfrute la época navideña con tranquilidad, cuando vaya a usar su tarjeta débito en establecimientos de comercio o cajero automáticos, no olvide seguir las recomendaciones de seguridad que tenemos disponibles en www.bancocajasocial.com



Cuentamiga

**Somos amigos del esfuerzo
de cada colombiano.**

Por eso tenemos nuevos beneficios para usted

**Cuando usted decide ahorrar,
SU FUTURO ES EL PROGRESO.**

Para más información en
bancocajasocial.info

Cuentamiga

*****6412

Periodo del Informe

1 de Octubre a 31 de Octubre de 2017

Saldo Anterior	Más Créditos y Depósitos	Menos Débitos y Retiros	Intereses del Periodo	Saldo Bolsillo	Nuevo Saldo
12,099.46	1,775,533.68	-1,772,964.00	1.68	10,000.00	14,669.14

Cuentamiga

*****6412

Detalle de Producción

Fecha	Transacción	Documento	Lugar	Débitos	Créditos	Saldos
OCT 09	TRANSFERENCIA OTRA ENTIDA 9009500517 TRASLADOS Transferencia a otra entidad por Portal Emp	84712051	ACH		1,775,532.00	1,787,631.46
OCT 09	RETIRO RED PROPIA	01031390	RESTREPO VALVANER	400,000.00		1,387,631.46
OCT 10	RETIRO RED PROPIA	01031682	RESTREPO VALVANER	700,000.00		687,631.46
OCT 10	RETIRO RED PROPIA	21926732	CII 16 SUR RESTRE	650,000.00		37,631.46
OCT 14	COMPRA EN CANAL ELECTRONI	56181251	ASCREDIBANCO	15,900.00		21,731.46
OCT 31	GRAVAMEN MOVS FINANCIEROS	12345678	SAN FRANCISCO	7,064.00		14,667.46
OCT 31	ABONO DE INTERESES	12345678	SAN FRANCISCO		1.68	14,669.14



Línea Amiga
307 7060 en Bogotá
01 8000 91.0038
en otras ciudades.

Información Importante

1 Banco Caja Social NET. 800 007 335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alfonso Cifuentes Neira (Defensor Suplente).
Dirección: Av. 19 No 114 - 09, oficina 502. Teléfonos 2131322 / 2131370 en Bogotá D.C.
E-Mail: defensorbancocajasocial@pgelogados.com. Horario de atención de Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

2 Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales Deloitte & Touche Ltda., revistafiscalbancocajasocial@fts.co o al A.A. No. 075874 de Bogotá.

3 Este producto se encuentra protegido por el Seguro de Depósito de Fogafin. Para mayor información ingrese a www.bancocajasocial.com



Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co