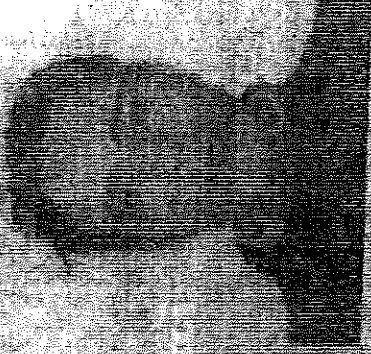


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CARTA DE CUNDANNA

IDENTIFICACION 80.770.770

CORREA GARCIA

DAVID ESAU



[Signature]



17-ABR-1983

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 B+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-2001 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPOSICION *[Signature]*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS JAMES BLANCHETZ 27019929

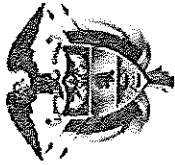
INDICE DERECHO



A-1500150-00767666-M-0090773770-20151127

004753222A 1

18003715



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Correa</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Garzon</u>	NOMBRES <u>Raul Esol</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <input type="text"/>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO <u>80'778.770</u> D.M. <u>52</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DÍA <u>17</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1983</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>C/le 81 B# 45-28</u>	
PAÍS <u>Colombia</u>	PAÍS <u>Colombia</u>	DEPTO. <u>Cundinamarca</u>
DEPTO. <u>Bogotá</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	TELÉFONO <u>344469446</u>	EMAIL <u>liberboldo@hotmail.com</u>

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												
PRIMARIA		SECUNDARIA		MEDIA		TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>						
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES <u>01</u> AÑO <u>2001</u>		
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)												
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico, en Modalidad Académica Escriba:												
TC (Técnica), TL (Tecnológica), MG (Maestría o Magister), DOC (Doctorado o PhD), UN (Universitaria).												
Relacione al frente el número de la tarjeta profesional (si ésta ha sido prevista en una ley).												
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA PROFESIONAL		
ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLE, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)												
IDIOMA		LO HABLA R B MB R B MB		LO LEE R B MB R B MB		LO ESCRIBE R B MB R B MB						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.									
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE									
EMPRESA O ENTIDAD	Sib red Sov		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		Colombia		
DEPARTAMENTO	Cundinamarca		MUNICIPIO		Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	4853551		FECHA DE INGRESO		DÍA 16 MES 11 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Aux facturación		DEPENDENCIA		Administrativo		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD	CECUDDEC		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		Colombia		
DEPARTAMENTO	Cundinamarca		MUNICIPIO		Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	7A2495		FECHA DE INGRESO		DÍA 01 MES 02 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO	Almacenista		DEPENDENCIA		Administrativo		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD	CREAR		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		Colombia		
DEPARTAMENTO	Cundinamarca		MUNICIPIO		Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	BX 266599		FECHA DE INGRESO		DÍA 01 MES 10 AÑO 2003		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO	Cabo Calera		DEPENDENCIA		Administrativo		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO		DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 19 de Diciembre 2017 Ciudad Bogotá


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, <u>Raul Emilio Gomez</u>	C.E. <u>T.M.</u> N° <u>80778770</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:	
Pais <u>Colombia</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>	Municipio <u>Bogota</u>
Dirección <u>Cile SIB # 05-285</u>	Teléfonos <u>3104469446</u>	
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Raul Emilio Gomez</u>	<u>1031164583</u>	<u>Info</u>
<u>Raul Stefano Gomez</u>	<u>1032677396</u>	<u>Info</u>
<u>Jeremy Adrian Gomez</u>	<u>1033472689</u>	<u>Info</u>

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 A MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	18.074.556
TOTAL	\$ -

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 LA CUENTA	DE
<u>Paravendo</u>	<u>Chorros</u>	<u>0000318583</u>	<u>Local</u>	<u>\$ 0</u>	

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

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 DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

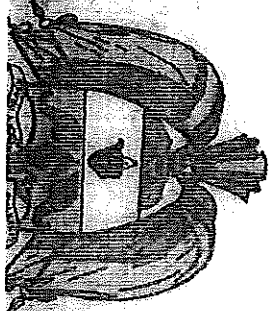
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA *[Firma]* 17 Diciembre 2017 CIUDAD Y FECHA

DAFPO&P

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Instituto Social Nocturno de Enseñanza Media

ISNEM

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 466 del 8 de Febrero de 1994*

Confiere a:

David esauCorrea Gárzon

C.C. 80778770 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994),
según los planes y programas vigentes*

[Firma]
Rector

[Firma]
Secretario

Anotado al Folio No. 004101 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 04A

Dado en Bogotá, D.C., a 1 de Diciembre de 2001

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995.*



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO SOCIAL NOCTURNO DE ENSEÑANZA MEDIA
ISNEM

CALLE 81 SUR No. 42 - 09
TELEFONOS 7 172495 FAX 7187781
BOGOTÁ, D.C.

Inscripción S.E. 2227

Inscripción Dane 311001017531

En la Ciudad de Bogotá, D.C., al primer (1) día del mes de Diciembre de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **INSTITUTO SOCIAL NOCTURNO DE ENSEÑANZA MEDIA ISNEM**, institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, según Resolución No. 466 del 8 de Febrero de 1994.

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 Título de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

David Esau Correa Garzón

C.C. 80.778.770 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.20 del 1 de Diciembre de 2001, consta de 15 alumnos, comienza con el nombre de LUJAN ALBEIRO ALVAREZ MONTES y termina con el nombre de MAGALY GUTIERREZ (Secretario). Firmada por **MAURICIO SANABRIA GONZALEZ** (Rector) y **LEONIDAS OSPINA**

Dada en Bogotá, D.C., al primer (1) día del mes de Diciembre de 2001.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

MAURICIO SANABRIA GONZALEZ

Rector

C.C. 79.345.732 de Bogotá

LEONIDAS OSPINA GUTIERREZ
Secretario

C.C. 19.449.315 de Bogotá

VISUAL LASER
31552600 - 3860654

RECTORA "CENDA"

LUZ STELLA ROJAS LUNA

Stella Rojas

DURACION: 16 HORAS

REALIZADO EN
DE 2000

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

DEL 18 AL 19

DE 2000

PARTICIPA EN EL SEMINARIO
"ORGANIZACIÓN DEPORTIVA Y LUDICA"
PARA LIDERES COMUNICATIVOS

DAVID ESAR

INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION Y DEPORTES



JEFE DIVISION DEPORTE
COMUNITARIO IDRD

DAVID GARZON

David Garzon



**EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:**

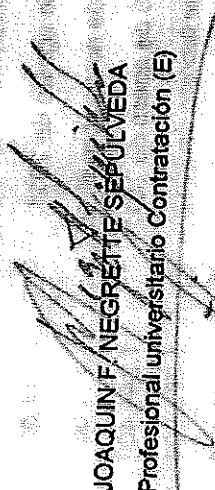
Adición 4167 01 de enero de 2013 AL 15 de enero de 2013 550.000
APOYO ADMINISTRATIVO COMO AUXILIAR DE VENTANILLA

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
0688	16 de enero de 2013 AL 30 de abril de 2013	3.965.500
1772	01 de mayo de 2013 AL 31 de julio de 2013	3.399.000
Adición 1772	01 de agosto de 2013 AL 31 de agosto de 2013	1.133.000
Adición 1772	01 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	1.133.000
6588	01 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.133.000
9306	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.266.000
Adición 9306	01 de enero de 2014 AL 07 de enero de 2014	264.367
00028	08 de enero de 2014 AL 08 de mayo de 2014	4.668.000
Adición 00028	09 de mayo de 2014 AL 31 de agosto de 2014	4.356.800
APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR		

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad

Que el contratista NO ha tenido vínculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vínculo laboral entre el contratista y el Hospital.

Dada a los Veinticinco (25) días del mes de agosto de 2014


JOAQUÍN F. NEGRETTE SEPÚLVEDA
Profesional universitario Contratación (E)

La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original

Elabora: Dora M/Apoyo Admón. Contratación

CORREA GARZON DAVID ESAU, identificado(a) con CC. 80.778.770

Calle 87A sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 265
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



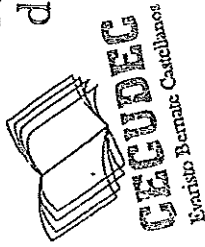
**BOGOTÁ
HUNANÁ**

Corporación Centro Cultural
de Desarrollo Comunitario

Resolución No. 729 del 30 de Diciembre de 1993

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

Nit. 800.219.088-1



EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION
CENTRO CULTURAL DE DESARROLLO COMUNITARIO
“EVARISTO BERNATE CASTELLANOS”
PROPIETARIO DEL ISNTITUTO SOCIAL NOCTURNO DE
ENSEÑANZA MEDIA (ISNEM)

HACE CONSTAR

Que la señora DAVID ESAU CORREA GARZON. Identificada con C.C. No 80778770 expedida en Bogotá, presta sus servicios en esta entidad de acuerdo a la siguiente información:

Cargo: Almacenista
Fecha de Ingreso: Febrero 01 2008
Tipo de Contrato: Fijo
Asignación Salarial Básica Mensual: 461500

Se expide a solicitud del interesado (a) a los Diez días (10 de Marzo 2008.

En constancia firma,

GERARDO ANGEL GARCIA B.
Representante Legal

Calle 81 Sur No. 42 - 09
Barrio Jerusalén Sector Potosí
Tel: 717 2495 - Fax: 718 7781
Telefax: 718 4181
E-mail: ices@etb.net.co
isnem@etb.net.co
Apartado Aéreo: 40786
Bogotá, D.C. - Colombia

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA:

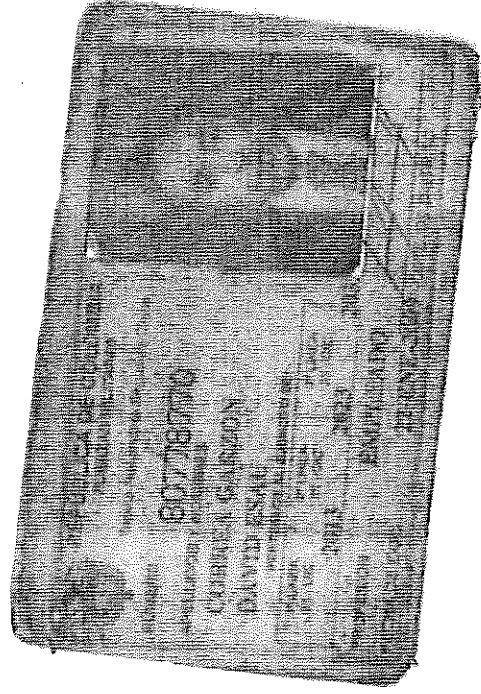
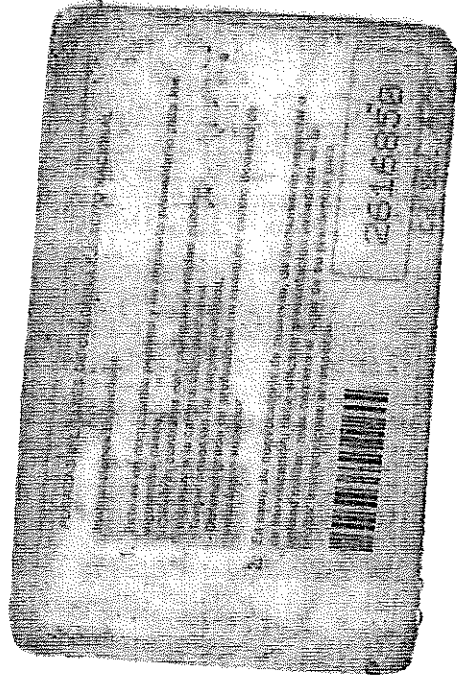
Que el Señor **DAVID ESAU CORREA GARZON**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80.778.770 expedida en Bogotá D.C., prestó servicios temporales en la Entidad en **COBRO DE CARTERA** durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2003.

Se caracterizó por ser cumplido, amable y honesto.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintitrés del mes de junio de 2004.

Cordialmente,

Olivia Puerta Hoyos
OLIVIA PUERTA HOYOS
JEFE DPTO. RECURSOS HUMANOS



<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DIAN <small>Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales</small> </div> <div> Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal </div> <div> 001 </div> </div>					
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN					
4. Número de formulario 14396912082					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 7 7 8 7 7 0 - 3					
6. DV 12. Dirección seccional Impugnados de Bogotá					
IDENTIFICACION					
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida					
25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía					
26. Número de identificación: 8 0 7 7 8 7 7 0					
27. Fecha expedición: 2 0 0 1 0 6 0 1					
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA					
29. Departamento: Bogotá D.C.					
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.					
31. Primer apellido CORREA					
32. Segundo apellido GARZON					
33. Primer nombre DAVID					
34. Otros nombres ESAU					
35. Razón social					
36. Nombre comercial:					
37.- Sigla:					
UBICACIÓN					
38. País: COLOMBIA					
39. Departamento: Bogotá D.C.					
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.					
41. Dirección principal CL 81 B 45 28 BRR POTOSI					
42. Correo electrónico: libertaddec@hotmail.com					
43. Código postal					
44. Teléfono 1:					
45. Teléfono 2:					
CLASIFICACION					
Actividad económica					
Actividad principal					
46. Código: 8 2 1 1					
47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 0 5 0 1					
48. Código: 49. Fecha inicio actividad:					
50. Código: 1 2					
51. Código: 2					
52. Número establecimientos: 7 1 8 7 6 4 9					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código: 1 2					

12-Ventas régimen simplificado

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros												Exportadores									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20												
54. Código:										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

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

984. Nombre CORREA GARZON DAVID ESAU

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:



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

Fecha: 13-12-2017
Hora: 10:42:21 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 80778770-3 DAVID ESAU CORREA GARZON

Información General

Dirección CL 81 B 45 28 BRR POTOSI

Teléfonos

Dirección electrónica 3105721687-7167649
LIBERTADDEC@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/07/2016

Soporte Inscripción

19954561

Fecha Inicio Actividades

01/05/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Código de Verificación de Información: 17002497172

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

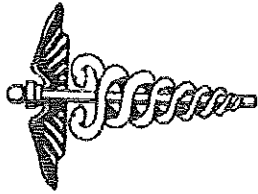
Fecha Inicio Financiera:



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

Fuente ICA TE TOCA

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



Certificado Medico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA Subred sur

INGRESO ☒

EGRESO ☐

NOMBRE. David esau. conza

EDAD 34 SEXO M

CARGO A DESEMPEÑAR factorador

FECHA 14-12-13

PERIODICO ☐

C.C. 80778770

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ☒

OPTOMETRIA/VISOMETRIA ☒

AUDIOMETRIA ☐

ROMETRIA ☐

EXAMENES DE LABORATORIO

CUALES _____

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto

APTO ☒ MOTIVO

NO APTO ☒ MOTIVO

puesto ejecutivo normal

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐

NO ☐

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐

NO ☐

Cual _____

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL ☐

PAUSAS ACTIVAS ☐

ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO ☐

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ☐

VALORACIÓN POR MEDICINA OCUPACIONAL ☐

CONTROL AUDIOMETRIA ☐

USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA ☐

CONTROL OPTOMETRIA PERIODICO ☐

USO DE LENTES ☐

CONTROL DE TENSION ARTERIAL ☐

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA, EJERCICIO) ☐

EVITAR POSTURAS PROLONGADAS ☐

USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA ☐

[Firma]

FIRMA DEL PACIENTE

C.C. 80778770

[Firma]

Enilces Ortiz Rodriguez

R.M. 101462

Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Medicina en Salud

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

RMI

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 -- 3176473117 E-mail: globalservicemedicalgroup@gmail.com



· VISIONOMETRIA

NOMBRE David E. Cordero FECHA 14-12-12 EDAD 34 SEXO M ☒ F ☐
CC O TI 80:27877 OCUPACION facturador INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐
EMPRESA Sobred SOY 3 ULTIMO CONTROL 3 años
AVSC: OD VL 20/20 VP 20/20 AVCC: OD VL VP
OI VL 20/20 VP 20/20 OI VL VP

EXAMEN EXTERNO
OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

EXAMEN MOTOR
DUCCIONES OD NORMAL ☒ VERSIONES NORMAL ☐
OI NORMAL ☒

HISHBERG COVER TEST

OFTALMOSCOPIA
OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

TEST ISHIHARA
OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES

ESTEREOPSIS

IDX pta. emetope
OBSERVACIONES

1) P / 12
FIRMA DEL PACIENTE CC 80478-710
FIRMA DEL ESPECIALISTA Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 191492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Audiología en Salud
RM Resolucion 6068



Bogotá, Diciembre 10 de 2017

Señor:
CORREA GARZON DAVID ESAU
CC. 80778770 CL 81 B 45 28 SUR - 7186649
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 Junio 12 de 2007. 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
RAMIREZ CARVAJAL JESSICA FERNANDA	1031153814	C	Jun-7-2017	25	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CORREA RAMIREZ DAVID MATIAS	1031164363	R	Abr-18-2014	156	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CORREA GONZALEZ DAVID SPADDOY	1032677396	T	Abr-5-2017	34	147	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CORREA GARZON DAVID ESAU	80778770	C	JUN-12-2007	377	0	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
CORPORACIÓN CENTRO CULTURAL DILLO COMUNITARIO CECUD DAVID ESAU CORREA GARZON	80778770	Dependiente	CERRADO
	80778770	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
SOCIEDAD EDUCATIVA ERASMO DE ROTTERDAM LTDA	80778770	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

Medellín, 11 de diciembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DAVID CORREA GARZON identificado(a) con cédula de ciudadanía 80778770 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2016

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
SUB RED SUR	N900958564
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	
CLASE DE RIESGO:	3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%
CENTRO DE TRABAJO:	0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE:	3 PORCENTAJE: 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	
CODIGO DE ACTIVIDAD:	3851101
CLASE DE RIESGO:	3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación1734505502

Atentamente,

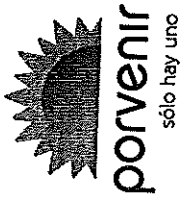


Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación importante. La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/12/2017 1:31 AM



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DAVID ESAU CORREA GARZON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **80.778.770**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Diciembre de 2017.

Gerente de Clientes

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Oficina de Planeación y Desarrollo Urbano	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS		CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 18 Diciembre / 2017

Señores:

INEM Instituto Nacional de Enseñanza media

Por medio de la presente, yo David Escobar Cordero identificado con número de documento 80778770, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre:

David Escobar Cordero

No. Documento:

80778770

Teléfono:

311 887 6954