

[←](#) <https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/#> 5 ⋮

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ULTIMAS OFERTAS
No se han encontrado



Haga clic para acceder a la ayuda

Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.
Programa sus actividades en la plataforma con tiempo.

**MESA DE**


Línea en Bogotá
7454778
Línea Nacional


Soporte técnico


Chat en línea


PQRS

**Configuraciones del usuario**
CARLOS AUGUSTO
SOLÓRZANO RAMOS
CAT: 0159806

**Configuración Entidad Estatal / Proveedor**
12 Jun, 2018(UTC -5) 8:21:22

**Ayuda**

**Salir**

de ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES	
SOLORZANO		RAMOS		CARLOS AUGUSTO	
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐		SEXO		NACIONALIDAD PAÍS	
LIBRETA MILITAR		F M X		COLOMBIANO	
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☒		Nº 1024472196 D.M.: NO 3	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 2 7 MES 0 9 AÑO 19 86		KRA 79 NO 19 A -56.			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ D.C.			
DEPTO BOGOTÁ D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.			
MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.		TELÉFONO 4740969 EMAIL catt21@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA																			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO								
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES		11	AÑO		2	0	0	3
										X									

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)

TL (TECNOLÓGICA)

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)

UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN)

MG (MAESTRIA O MAGISTER)

DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	NO SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
universitaria	12	x		MEDICO Y CIRUJANO GENERAL	11	2010	5013032
especializacion	6	x		MEDICO INTERNISTA	2	2016	1024472196

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

[illegible]

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL				
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
SUBRED SUR OCCIDENTE ESE - HOSPITAL FONTIBON	X		COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
BOGOTA D.C	BOGOTA A.C	www.hospitalfontibon.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
4044694	DÍA 2 MES 0 9 AÑO 2014	DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
MEDICO INTERNISTA	UCI - HOSPITALIZACION	Carrera 104 No 20C -21		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
HOSPITAL SAMACA	X		COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		

BOYACA		SAMACA		contacto@esehospitalsamaca.gov.co	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7372184		DÍA 15 MES 12 AÑO 2012		DÍA 31 MES 5 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
MEDICO GENERAL		URGENCIAS		CALLE 4 NO 2 - 18	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA	
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN		X		PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
META		SAN MARTIN		COLOMBIA	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6485791		DÍA 4 MES 1 AÑO 2011		DÍA 3 MES 1 AÑO ###	
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
MEDICO RURAL		URGENCIAS - CONSULTA EXTERNA		CARRERA 4ª NO 7 - 34	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
MEDICO RURAL	1	
MEDICO GENERAL	3	
MEDICO INTERNISTA	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 PUBLICOS 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).


FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEYES 190 DE 1995)**

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA			
1.1 DE BIENES Y RENTAS			
YO,	Carlos Augusto Sobizano Ramos		
IDENTIFICADO CON	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	No. 1024472196	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá.
DIRECCIÓN	Kra 79 # 19 a -28		TÉLFONOS 3133100993.
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	
Bogotá	Cundinamarca	Colombia	

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Luis Carlos Sobizano Gomez	19 46 9 667	Padre.
Myriam Janeth Ramos Martinez	39 712 326	Madre.
Carlos Santiago Sobizano Dorotea	1013 123 123	Hijo
Simon Sobizano Pradella	1013 150 743	Hijo.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ . QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA: PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	168.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	750.000.
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	168.750.000

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
Darivienda	Ahorros	716270080003	Bogotá	3'000.000.
HAU	Ahorros	765067412	Bogotá	2'800.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Automovil	MSL 923 - Peugeot 107 - Modelo 2013	23'000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
 (LEYES 190 DE 1995)

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Promedios	Pagados Submarinos	25'000.000
Jockey	Mahwila Pagados	20'000.000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
Promedios	

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No
Katherine Padilla Zamborano	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	1098673391.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Fundación Universitaria Juan A. Corpas

Institución Universitaria con Personería Jurídica 2105 del 29 Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional



ESCUELA DE MEDICINA

*En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y*

Teniendo en cuenta que:

Carlos Augusto Solórzano Ramos

C.C. 1.024.472.196 de Bogotá, D.C.

*culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos
establecidos por la Fundación y los demás exigidos
por la ley, le confiere el título de:*

Médico y Cirujano General

Código 270746100001100111100

*y le otorga el presente Diploma que le acredita como tal,
refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.*

Bogotá D.C. Diciembre 11 de 2010

Nº 5338

[Firma]

Rector

[Firma]

Decano

[Firma]

Secretario General

*Registrado: Libro 1 Folio 77
Bogotá, D.C. Diciembre 11 de 2010*



Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 422

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 11 del mes de Diciembre de 2010, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano, CARMEN ALICIA ESPINOSA DE DIAZ Directora del Departamento Jurídico y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.-----

en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el ICFES, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1494 del 26 de Marzo de 2008, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.024.472.196 de Bogotá, D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. 5338 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los once (11) días del mes de Diciembre de 2010.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.


Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 148

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día **26** del mes de **Febrero** de **2016**, se hizo presente en la Secretaría General el Doctor **CARLOS AUGUSTO SOLÓRZANO RAMOS**, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.024.472.196 de Bogotá, D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución correspondientes al programa de postgrado en Medicina Interna, con Código Número **1808**, emanado del ICFES, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional Número **2767** del **25 de Mayo de 2007** y con las normas legales vigentes.

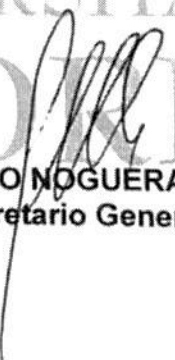
La Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto y previo el juramento de rigor, le confiere el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

y le otorga el Diploma No. **MI-148** que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiséis (26) días del mes de **Febrero** de **2016**.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS


Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

 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

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo *Carlos Augusto Solórzano Ramos*, 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:

Medio Especialista en Medicina Interna
 (NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

[Firma manuscrita]

No. de documento:

1024472196

Tarjeta profesional No.:

5013032

Dirección de contacto:

4a 29 # 19 a - 28

Teléfono:

3133100993



Radicado No. 161118
Fecha: 02/12/2016

Bogotá D.C., 02 de Diciembre de 2016

**EL ASESOR JURIDICO DE LA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S. E.
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN
NIT 9.00959048-4**

Que **CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.024.472.196** de Bogotá, desarrolla actividades en esta institución a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

Objeto: Contratar la prestación de los servicios como medico residente en Medicina Interna realizando los turnos hospitalarios la consulta e interconsulta que se requiera por los diferentes servicios y/o según programación de las agendas y turnos

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL
1935-14	02/09/14	30/02/15	\$20.000.000
512-15	01/03/15	31/01/16	\$87.00.000
786-16	01/02/16	VIGENTE	\$73.360.000

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C a los Dos (02) días del mes de Diciembre de Dos Mil Dieciséis (2016) a solicitud del interesado.

Cordialmente,


RAMON SEGURA MOLINA
Asesor Jurídico

Proyecto: Yoly Mildreth Sanchez Wilches



**HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN
EMPRESA SOCIAL DEL MUNICIPIO**

Calle 4ª No. 7 - 34 / 66, Teléfonos: 648 57 93 - Urg. 648 40 35
NIT: 892.000.458-6

San Martín de los Llanos. 25 de Julio de 2012

**LA GERENTE DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN
EMPRESA SOCIAL DEL MUNICIPIO**

CERTIFICA:

Que el Doctor **CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS**, identificado con la Cédula de Ciudadanía Número 1.024.472.196 Expedida en Bogotá, prestó sus servicios como Médico en Servicio Social Obligatorio en el Hospital Local de San Martín Empresa Social del Municipio desde el Cuatro (04) de Enero de 2011 al Tres (03) de Enero de 2012.

Durante el tiempo que estuvo vinculado, se logró establecer su calidad profesional, responsabilidad en el ejercicio de sus funciones, calidad humana, respeto para sus superiores y compañeros de trabajo, usuarios y en general todas aquellas cualidades que la acreditan como persona recomendable para el ejercicio de su labor en cualquier entidad de salud.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado


ZAIDA MILENA LONDOÑO CHAVARRO



**EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA ESE HOSPITAL
SANTA MARTA DE SAMACÁ
NIT 891.800.335-8**

CERTIFICA

Que el Doctor: **CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS**, identificado con C.C. No. **1.024.472.196** expedida en Bogotá, ejecuto los siguientes contratos con la ESE Hospital Santa Marta de Samacá:

CONTRATO: N° 065 de 2012.
OBJETO: Prestación de servicios profesionales como médico general en el servicio de urgencias.
PLAZO: Cuarenta y Tres (43) días.
FECHA DE INICIO: Diecisiete (17) de Febrero de 2012
FECHA DE TERMINACION: Treinta y uno (31) de Marzo de 2012
VALOR: Dos Millones Cuarenta Mil de Pesos M.L. (\$ 2.040.000.00)

CONTRATO: N° 119 de 2012.
OBJETO: Prestación de servicios profesionales como médico general en el servicio de urgencias.
PLAZO: Un (1) Mes y Veintiséis (26) Días.
FECHA DE INICIO: Cuatro (4) de Abril de 2012
FECHA DE TERMINACION: Treinta (30) de Junio de 2012
VALOR: Tres Millones Seiscientos Setenta y Dos Mil de Pesos M.L. (\$ 3.672.000.00).

Se expide a solicitud del interesado, a los Veintiséis (26) días del mes de Julio de Dos Mil Doce (2012).

CARLOS ALFONSO GONZALEZ PAMPLONA

c.c. Archivo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.472.196

APELLIDOS SOLORZANO RAMOS

NOMBRES

CARLOS AUGUSTO

FIRMA

Carlos Solorzano



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

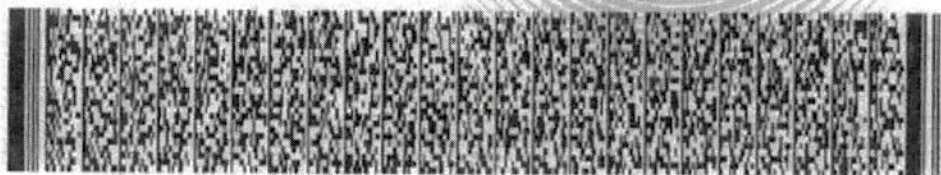
M

SEXO

25-ABR-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ BENGIFO LOPEZ



P-1500119-42137703-M-1024472196-20050616

0376605167N 02 201252693

 DIAN® <small>Departamento de Impuestos y Aduana Nacional</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto <input type="text" value="0"/> <input checked="" type="text" value="2"/> Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14368910621	
		 (415)7707212489984(8020) 000001436891062 1	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 4 4 7 2 1 9 6 - 8		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 2 4 4 7 2 1 9 6		27. Fecha expedición: 2 0 0 5 0 4 2 5	
28. País: COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido: SOLORZANO		32. Segundo apellido: RAMOS	
33. Primer nombre: CARLOS		34. Otros nombres: AUGUSTO	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
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: CL 47 A SUR 26 86 BRR CLARET			
42. Correo electrónico: catt21@hotmail.com		43. Código postal: 44. Teléfono 1: 45. Teléfono 2:	
46. Código: 8 6 2 1 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 0 2 0 1 48. Código: 49. Fecha inicio actividad: 50. Código: 51. Código: 2 2 2 1 52. Número establecimientos:			
CLASIFICACION			
Actividad económica			
Actividad principal 46. Código: 8 6 2 1 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 0 2 0 1		Actividad secundaria 48. Código: 49. Fecha inicio actividad: 50. Código: 51. Código: 2 2 2 1 52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 2 0			
20- Obtención NIT			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma: 56. Tipo: 57. Modo: 58. CPC:	
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 61. Fecha: 2 0 1 6 0 4 2 0	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre: SOLORZANO RAMOS CARLOS AUGUSTO 985. Cargo: CONTRIBUYENTE	

CONTRIBUYENTE NIT 1024472196-8 CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

Información General

Dirección CL 47 A 26 86 BRR CLARET

Teléfonos 3133100993 / 7106861

Dirección electrónica catt21@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/10/2012

Soporte Inscripción 14792422

Fecha Inicio Actividades 24/10/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001358391



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segundo Curso

NÚMERO

APELLIDOS Y NOMBRES

1024472196

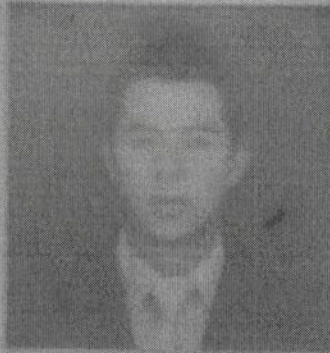
SOLORZANO RAMOS

CARLOS AUGUSTO

1ª LINEA
31 - DIC

2ª LINEA
31 - DIC

3ª LINEA
31 - DIC



PROFESIÓN

2015

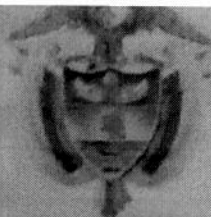
2020

2030

FECHA DE EXP.

BACHILLER

COTE DE DISTRITO



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

Profesión u Ocupación

50 13032/2011

MÉDICO

Nombres y Apellidos

SOLORZANO RAMOS CARLOS AUGUSTO

C.C. o C.E.

De

CC 1024472196
Institución de Educación

BOGOTÁ, D.C.
Ciudad

E.M.J.N. CORPAS
Código
72538/11

BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Expedición
28/05/2012



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

CARLOS AUGUSTO
SOLORZANO RAMOS

C.C. 1024472196

MEDICO(A)

Expedicion 21/01/2013



GOBERNACIÓN DEL META
NIT. 892000148-8
Villavicencio

RESOLUCIÓN NÚMERO 50- 13032
Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Resolución 0285/89 del Ministerio de Salud, y Resolución 0088/04 de la Secretaría Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS con cédula de ciudadanía No. 1.024.472.196 de Bogotá, solicitó ante esta Secretaría de Salud, autorización para ejercer como Médico y Cirujano General, según título que le otorgó la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, mediante Acta de Grado No 422 del 11 de diciembre de 2010.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en libro 1, folio 77 del 11 de diciembre de 2010, por la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Que, CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS con cédula de ciudadanía No. 1.024.472.196 de Bogotá, prestó el Servicio Social Obligatorio como Médico y Cirujano General, en el Hospital Local de San Martín - Meta, del 04 de enero de 2011 al 03 de enero de 2012.

Que el artículo segundo del Decreto 1875 de 1994, define que es función de esta Secretaría de Salud, registrar los títulos del área de la salud.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho.

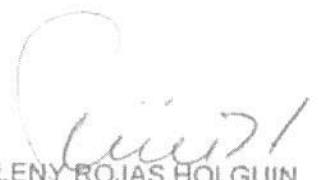
RESUELVE:

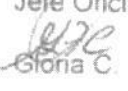
ARTÍCULO PRIMERO. Registrar el título de Médico y Cirujano General, expedido por la Fundación Universitaria Juan N. Corpas a CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS con cédula de ciudadanía No. 1.024.472.196 de Bogotá.

ARTÍCULO SEGUNDO. Autorizar a CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS con cédula de ciudadanía No. 1.024.472.196 de Bogotá, para ejercer la profesión de Médico y Cirujano General, en el Territorio Nacional

ARTÍCULO TERCERO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 05 de enero de 2011


MARLENY ROJAS HOLGUIN
Jefe Oficina de Seguridad Social, I.V.C


Gloria C.



Calle 37 No. 41 – 80 Barrio Barzal Alto
Tel. 6702852 ext. 104 fax 6620158 Email: registrossaludmeta@gmail.com

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social

CARLOS SOLORZANO

Registrarse

Mesa de Ayuda

Cambiar Clave

Salir

Principal

ReTHUS

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

TIPO DE IDENTIFICACION *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACION *

1024472196

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1024472196, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

 EnviadoDe: **Carlos Solórzano** >

CS

Para: info@tribunalnacionaldeet... > Ocultar

Solicitud antecedentes

hoy, 8:42 a. m.

Buenos días

Por medio de este correo solicito me sé expedido un certificado de antecedentes con el objetivo de realizar proceso de ingreso a institución hospitalaria.

Agradezco su atención

Carlos Augusto Solorzano Ramos

CC 1024472196

Médico Internista

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co



CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Carlos Augusto Solerzano

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M

TELÉFONO _____

5-004

	VACUNAS	FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
D.T.P.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
SAR	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
TRIVIRAL	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
HABORIGLIS	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HERPES	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

	VACUNAS	FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE TIFOIDEA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
Neumococo	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
Sarampión	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

INGRESO

CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

EMPRESA/CONTRATISTA		HOSPITAL DE FONTIBON		H. CLINICA No. 63448-44	
NOMBRE COMPLETO:		SOLORZANO RAMOS CARLOS AUGUSTO			
D.I.:	1024472196	EPS	COMPENSAR	EDAD	30
LUGAR DE NACIMIENTO:		BOGOTA DC		FECHA NACI.	27/09/1986
GENERO	F	No. DE HIJOS	CASADO	SEPARADO	SOLTERO
	M		UNION LIBRE	X	VIUDO
DIRECCIÓN:		TEL:		3133100993	
ESCOLARIDAD					
PRIMARIA	BACH	TÉCNICO	TECNOLOGICO:	PROFES.	POSGRADO X
ACUDIENTE:		KATHERINE PRADILLA		TELÉFONO:	3214430045

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR	MEDICO INTERNISTA	ANTIGÜEDAD
-----------------------------	-------------------	------------

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	VISIOMETRIA	V.FONIATRICO	TETANO	EKG	CH	GX
C.M. ALIMENTOS	OPTOMETRIA	DRO.ABUSO	TEST.VESTIBULAR	COPRO	KOH	FF	
VAL.FISIOTERAPIA	VAL.PSICOLOGIA	GLICEMIA	P.LIPIDICO	OTROS	X	EXAMEN OCUPACIONAL	

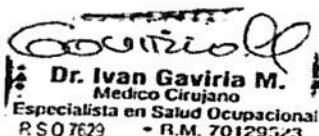
RECOMENDACIONES

AREA	RECOMENDACIÓN
E. OSTEOMUSCULAR	NORMAL ARCOS DE MOVIMIENTO, INTEGRIDAD ARTICULAR Y DESEMPEÑO MUSCULAR FUNCIONALES
MEDICOS	PACIENTE NO REFIERE PRESENTAR PATOLOGIA ,A LA VALORACION POR SISTEMAS SE ENCONTRO EN CONDICIONES SALUDABLES
MEDICOS	ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

CONCEPTO DE APTITUD

APTO PARA EL CARGO ASIGANDO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa.

FIRMA MEDICO		MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y COMPLETA	
 Dr. Ivan Gaviria M. Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional R.S.O 7629 • R.M. 70129523		 FIRMA:	
REGISTRO No.		C.C. No. 1024472196	
		HUELLA	

Salud Ocupacional - Laboratorio Clínico - Cursos de Manipulación de Alimentos - Medicina- Fisioterapia
Cra 103a N° 17a - 44 PBX: 2983537

Verifique este certificado en www.unidadmedicalaborvital.com



ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES COLOMBO-LATINA S.A.S

Asesorías, Capacitaciones y Entrenamientos En Salud y Seguridad Industrial

EL INSTITUTO DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SEGUN EL
DECRETO 4904 DE 2009 MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL Y LEY 115 DE 1994 Y ACUERDO 05 MATRICULA MERCANTIL 0002788 P.F.

NIT:901059384 - 6

CERTIFICA QUE:

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

C.C. 1'024.472.196

Aprobó y Cumplió Satisfactoriamente con los Objetivos del Curso:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION
GUIAS AHA 2015-2020 CUMPLIENDO CON EL ESTABLECIMIENTO DESEMINACIÓN 2001 DE MAYO DE 2014

Con una Intensidad de 40 horas Realizados en la Ciudad de Bogotá D.C.
dado a los 05 días del Mes de Noviembre de 2017

RCP
para vivir


ALVARO DELA PEÑA PARRA


DR. J. A. DAZA MORA


JOHANNA M. URIBE

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

FECHA:	12-6-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.
--------	---------	---------	--------	---------------	---------------

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

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

PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
Solizano		Ramos		Carlos		Augusto.		
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	
		1024472196		Bogotá		2005/04/25.		
PASAPORTE		☐		OTRO		☐		
				ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☐ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:		
22/09/1986		Bogotá		Colombia		Colombiano.		
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒				3		2		
						TELEFONO CELULAR		
						3133100993		
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: Internista							Internista	

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
Ka 79 # 19a-28		Bogotá		Cundinamarca		Colombia		7319706	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA			
Catt 21@hotmail.com						PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒			
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
Pradilla		Zambrano		Katherine				
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	
		1098673391		Bucaramanga.		2007/07/20.		
PASAPORTE		☐		OTRO		☐		
				ES RESIDENTE EN COLOMBIA		SI ☒ NO ☐		
						NACIONALIDAD: Colombiana		

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	☒	ESTUDIANTE	☐	HOGAR	☐	PENSIONADO	☐	CUAL:	
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	COMERCIANTE	☐	EMPLEADO PUBLICO	☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐			OTRA.....	☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI	☒	IVA	SI	☒	NO
				NO	☐	ICA	SI	☒	NO
				PRINCIPAL:		SECUNDARIA:			
				AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR			
				SI		SI			
				NO		NO			

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA <i>Subred Surcoydeute Unidad Fontibon.</i>	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	IND ☐	# NIT
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	NANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
<i>Kra 99 Clb 101</i>	<i>2678220</i>	<i>Bogota</i>	<i>Cundinamarca</i>	<i>Colombia</i>	
CARGO ACTUAL	<i>Medico Internista</i>	FECHA VINCULACION	<i>Feb / 2016</i>		
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	
SALARIOS	<i>8'900.000</i>	GASTOS FAMILIARES	<i>4'000.000</i>	AHORROS	
HONORARIOS	<i>7'000.000</i>	ARRIENDOS	<i>2'200.000</i>	INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	<i>23'600.000</i>
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	<i>4'000.000</i>	OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS	<i>15'900.000</i>	TOTAL EGRESOS	<i>10'200.000</i>	TOTAL ACTIVOS	<i>23'600.000</i>
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
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		
<i>Romero</i>	<i>Parras</i>	<i>Pablo</i>	<i>Cesar</i>		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
<i>Kra 29 # 190-28</i>	<i>Bogota / Cundinamarca / Colombia</i>	<i>Coloqui</i>	<i>3016940841</i>		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
<i>ITAU</i>	<i>Tarjeta Credito</i>		<i>Surepo</i>		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
<i>Davivenda</i>	<i>Credito</i>		<i>Bogota</i>		
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐	EXPORTA ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	CUAL: <input type="text"/>
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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
<i>Medico Internista</i>					

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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones 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, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentroorient.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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



Declaración de Renta y Complementarios Personas
Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

210

1. Año 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

2111305959293



(415)7707212489984(8020) 000211130595929 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cod. Dirección seccional	
1 0 2 4 4 7 2 1 9 6		8	SOLÓRZANO	RAMOS	CARLOS	AUGUSTO	3 2	
24. Actividad económica		25. Cód.		26. No. Formulario anterior				
8 6 2 1								
28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X") ☐								
Patrimonio	Total patrimonio bruto	30	78,800,000	Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0	
	Deudas	31	70,094,000		Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0	
	Total patrimonio líquido	32	8,706,000		Costos por ganancias ocasionales	69	0	
	Ingresos	Recibidos como empleado	33		170,032,000	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
		Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34		0	Ganancias ocasionales gravadas	71	0
		Honorarios, comisiones y servicios	35		0	Total ingresos obtenidos período gravable	72	170,032,000
		Intereses y rendimientos financieros	36		0	Dividendos y participaciones no gravados	73	0
		Dividendos y participaciones	37		0	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
		Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38		0	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	5,663,000
		Obtenidos en el exterior	39		0	Gastos de representación exentos	76	0
Total ingresos recibidos por concepto de renta		40	170,032,000	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0		
Costos y deducciones		Dividendos y participaciones	41	0	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0	
		Donaciones	42	0	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0	
	Pagos a terceros por alimentación	43	0	Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0		
	Otros ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	44	0	Indemnizaciones y otros Lit. I) Art 332 ET.	81	0		
	Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	45	0	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez, fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0		
	Total ingresos netos	46	170,032,000	Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	83	164,369,000		
	Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	0	Impuesto sobre la renta líquida gravable	84	13,095,000		
	Deducción por dependientes económicos	48	11,425,000	Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	85	10,136,000		
	Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	0	Descuentos	Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0	
	Otros costos y deducciones	50	41,888,000		Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0	
Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0	Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente		88	0		
Total costos y deducciones	52	53,313,000	Otros		89	0		
Renta	Renta líquida ordinaria del ejercicio	53	116,719,000		Total descuentos tributarios	90	0	
	o Pérdida líquida del ejercicio	54	0		Impuesto neto de renta	91	13,095,000	
	Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0		Impuesto de ganancias ocasionales	92	0	
	Renta líquida	56	116,719,000		Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0	
	Renta presuntiva	57	0		Total impuesto a cargo	94	13,095,000	
	Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0		Anticipo renta por el año gravable 2016	95	0	
	Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	3,357,000	Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	0		
	Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0	Total retenciones año gravable 2016	97	11,498,000		
	Aportes a cuentas AFC	61	0	Anticipo renta por el año gravable 2017	98	0		
	Otras rentas exentas	62	0	Saldo a pagar por impuesto	99	1,597,000		
Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	28,340,000	Sanciones	100	0			
Total renta exenta	64	31,697,000	Total saldo a pagar	101	1,597,000			
Rentas gravables	65	0	o Total saldo a favor	102	0			
Renta líquida gravable	66	85,022,000	103. No. Identificación signatario		104. DV			

105. No. Identificación dependiente

1098673391

106. Parentesco Esposa - Hijos

107. Total dependientes 3

981. Cód. Representación

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980.

1,597,000

Firma del declarante o de quien lo representa



20166380595929



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.024.472.196 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa HOSPITAL CLINICA SAN RAFAEL NIT 860015888, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20160421	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Enero de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
9041037

CER-AFI





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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,024,472,196**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1024472196

Numero de Documento

Colpatria

ARL

Carlos

Primer Nombre

Augusto

Segundo Nombre

Solorzano

Primer Apellido

Ramos

Segundo Apellido

27-09-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Ka 79 # 194-28

Dirección de Residencia

7319706

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Povenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Medico Internista

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

catt21@hotmail.com

Correo Electrónico

3133100993

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 110892968



WEB
07:07:57
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de junio 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) CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024472196:

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de junio de 2018, a las 07:06:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024472196
Código de Verificación	1024472196180612070642

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., 12 de Junio de 2018 - 7:09 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTICUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS** de BOGOTÁ, D.C.

1024472196

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.

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: **6_XTRWJ_097**

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 07:10:50 horas del 12/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1024472196

Apellidos y Nombres: **SOLORZANO RAMOS CARLOS AUGUSTO**

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

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

12/06/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1024472196**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero **0570176270080003**

Fecha de apertura **11/09/2012**

Teniendo a la fecha una antigüedad de **69** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA