



Colombia Compaficent

Buscar por proceso Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JAIME ARTURO MORALES GARCES.

JAIME ARTURO MORALES GARCES con el NIT 17416506 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar

Atención al usuario

UTC-5 15:36:06

Buscar

Id de sesión: 16207741 Ayuda



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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Momales</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>García</u>	NOMBRES <u>Jaime Antonio</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>17416506</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐ País <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR	PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO <u>17416506</u> D.M. <u>5to.</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <u>30</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1970</u> DEPTO <u>Meta</u> MUNICIPIO <u>Acacias</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cm 697 N° 71-14</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>C/marca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u> TELÉFONO <u>321279306</u> EMAIL <u>jaimorgar44@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										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES <u>11</u> AÑO <u>1990</u>
									☒	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA 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	
UN	8.	X		Enfermero Profesional	06	2005	29502
UN.	2.	X		Especialista en Gerencia Servicios Salud	11	2016	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Clinica Partenon</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>C/marca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>4306767</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>07</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2012</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2015</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Enfermero profesional</i>	DEPENDENCIA <i>Talento Humano</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 74 No 76-65</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Universidad del area Andina</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>www.areaandina.edu.co</i>	
TELÉFONOS <i>7424218-7449191</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>05</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2015</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>09</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2015</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Docente practica</i>	DEPENDENCIA <i>Talento Humano</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 72 - N° 69-13</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Clinica Nuestra Señora de la paz</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>www.cilapaz.com.co</i>	
TELÉFONOS <i>2921277</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2016</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>02</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2016</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Enfermero Profesional</i>	DEPENDENCIA <i>Talento Humano</i>	DIRECCIÓN <i>av. centenaria calle 13-688</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Eusalad Clinica</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>C/marca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>4320870</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>11</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2017</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>17</i> MES <i>05</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Enfermero Profesional</i>	DEPENDENCIA <i>Talento Humano</i>	DIRECCIÓN <i>Via 78 N° 3A-40</i>	

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
Empleado del Sector Privado	4	6
	4	6

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 MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).


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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

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, Jame Arturo Morales Garzon
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 17416 500 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogota
Dirección Cm 69 N 71-14 Teléfonos 3212179306

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>José Santos Morales Hernandez</u>	<u>805783</u>	<u>Padre</u>
<u>Lidia Rosa Garzon</u>	<u>21826939</u>	<u>Madre</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 ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>21.800.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	<u> </u>
GASTOS DE REPRESENTACION	<u> </u>
ARRIENDOS	<u> </u>
HONORARIOS	<u> </u>
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u> </u>
TOTAL	\$ <u>21.800.000.-</u>

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
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>inmueble</u>	<u>17416500</u>	<u>63.500.000</u>

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 ☐ 1 NO ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	

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



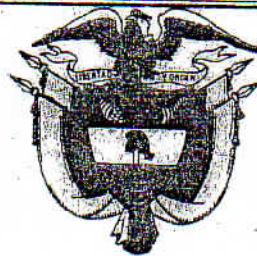
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá. 21-06-18.

CIUDAD Y FECHA

DAFP-04P

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770



La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Centro Comercial Contable

Acacias - Meta

APROBADO POR LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META, SEGUN
RESOLUCION No. 1139 DEL 27 DE SEPTIEMBRE DE 1.991

Confiere a

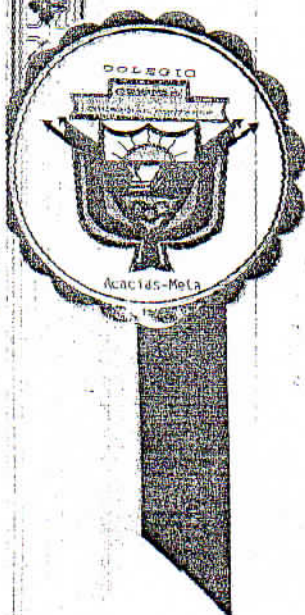
Jaime Arturo Morales Garcés

Identificado(a) con c.c. No. 17.416.506 Expedida en Acacias.

El Título de

Bachiller Comercial

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



Rector

Secretario

Acacias,

29 de Noviembre de 1991

Anotado al folio 1037 Libro de Registro No. 2

Secretario de Educación

Dado en Villavicencio, a 3 de junio de 1992



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

UD.C.A.

Personel Jurídica No. 7292 - Resolución 4975 del 29 de diciembre de 2014 - Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Jaine Arturo Morales Garcés
C. C. 17'416.506 de Ciencias (Ofeta)

Aprobó los Estudios Programados por la Universidad y cumplió con los requisitos exigidos por los Estatutos y la Ley, para un Programa de Formación universitaria le confiere el Título de:

Enfermero

En testimonio de lo anterior se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., República de Colombia, junio 10 de 2005

M

Presidente

Diego A. Delgado
Rector

[Firma]
Secretario General

Diploma No. 3349

Registrado al folio No. 71

Del libro de diplomas No. 1-21-236

Fecha 11-10-2005



Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

NIT. 860.403.721-2

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

ACTA DE GRADO

No. 3349

1-71-2285-M

En la Ciudad de Bogotá, el día 10 de Junio de 2005, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores Alberto Gómez Téllez, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Adalberto Machado Amador, Secretario General (E); en el cual la Corporación Universitaria de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERO
A: MORALES GARCES JAIME ARTURO

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 17.416.506 de Acacias (Meta), quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Corporación Universitaria de Ciencias Aplicadas y Ambientales, está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 18 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá, el 10 de Junio de 2005.

Firmado por:

GERMAN ANZOLA MONTERO
Rector

ADALBERTO MACHADO AMADOR
Secretario General (E)

HUMBERTO CAICEDO LOPEZ
Vice-Rector de Docencia

Es fiel copia tomado del original.

ADALBERTO MACHADO AMADOR
Secretario General (E)

CAMPUS UNIVERSITARIO: Calle 222 N° 55 - 37 / Calle 222 N° 54 - 30 PBX: 868 4700 A.A. 34204

SEDE NORTE: Calle 72 N° 1-29 Tel: 217 9345 - 345 0396

campus@udca.edu.co - www-udca.edu.co Bogotá, D.C. Colombia

MIEMBROS: ASCUN • IAUP • UDUAL • CUIDES • AUALCPI • GULERPE



PREDESALUD[®]
EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*Debidamente autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito Capital según
Resolución No 12-0460 del 06 de Noviembre de 2012.*

Certifica que:

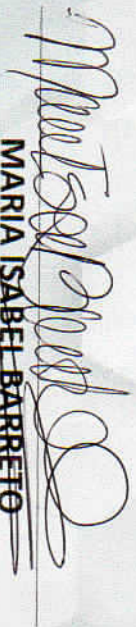
JAIIME ARTURO MORALES GARCES

Identificado con C.C. No. 17.416.506 de Acacias.

Asistió al curso de: ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 10 horas

Bogotá 01 de Junio de 2017


MARIA ISABEL BARRETO

Jefe de Enfermería


SANDRA MENDOZA
Sub-directora Pedagógica



Bogotá D.C

Señores:

U.D.C.A

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermero

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

17416106

29502

Cra 69 IN° 71-14

3212179306

TH- C- 779-2015

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DE LA CLINICA PARTENON

CERTIFICA

Que el Señor(a) **MORALES GARCES JAIME ARTURO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 17.416.506, laboró para la clínica mediante contrato de trabajo a término Fijo, desde el día 7 de Febrero de 2012 hasta el día 30 de Abril de 2015, desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE**.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los Treinta (30) días del mes de Abril de 2015.

Cordialmente,



LUZ MARLEN RODRÍGUEZ SANDOVAL
Coordinadora Talento Humano

C. C Hoja de vida

Elaboró: Hellen Pulido Perdomo

Revisó y Aprobó: Luz Marlen Rodríguez Sandoval



Certificado
No. SC 4435-1



Certificado
No. CO-SC 4435-1



Certificado
No. SA 203-1

LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **MORALES GARCES JAIME ARTURO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número, **17416506**, estuvo vinculado(a) en la Fundación Universitaria del Área Andina NIT. 860517302- 1, mediante contrato Termino Fijo Inferior a un Año, desde el día 05 de Octubre de 2015, hasta el día 09 de Diciembre de 2015, desempeñándose como **DOCENTE DE PRACTICA**, en el Área de **1P01B01110 ENFERMERIA**.

El presente certificado se expide sin borrones ni enmendaduras, en la ciudad de Bogotá, el día 09 de Diciembre de 2015.

Cordialmente,



JOHN GONZÁLEZ GÓMEZ

Coordinador de Nómina

Elaboró: Tathiana Villamizar

Para verificar la información aquí consignada, por favor comunicarse al teléfono 7421964 Ext. 1128 – 1126 – 1118

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Nómina



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Clínica de Nuestra Señora de la Paz

BOGOTÁ | COLOMBIA

Clínica de Nuestra Señora de la Paz

Avenida Centenario Calle 13 No. 68 F - 25 | Bogotá, D.C. | Colombia

Teléfono: +57 1 292 1277

<http://www.cllapaz.com.co>

GESTION DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que el (a) señor (a) **JAIME ARTURO MORALES GARCES** identificado (a) con CC. No **17.416.506** prestó sus servicios a la clínica ocupando los siguientes cargos:

CARGO	: JEFE DE ENFERMERIA
TIPO DE CONTRATO	: FIJO
FECHA DE INGRESO	: 02 DE FEBRERO DE 2016
FECHA DE RETIRO	: 02 DE SEPTIEMBRE DE 2016
SALARIO	: \$ 1.800.000.00
MOTIVO DE REIRO	: RENUNCIA VOLUNTARIA

Se expide el presente certificado a los cinco (05) días del mes de septiembre de 2016, a solicitud del(a) interesado(a).

Cordialmente.

SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ

Gestor de talento humano

TEL 2921277 EXT 193

CALLE 13 No 68F 25

Bogotá, 16 de mayo de 2018

Señor(a)

JAIME ARTURO MORALES GARCES

Enfermero Básico

Ciudad

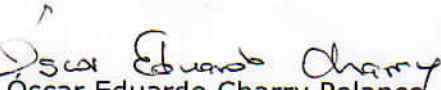
ASUNTO: Terminación de Contrato de Trabajo sin Justa Causa

Respetado Jaime Arturo

Me permito informarle que de acuerdo al artículo 64 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 6º de la Ley 50 de 1990, y modificado por el artículo 28 de la ley 789 de 2002, la compañía ha tomado la decisión de dar por terminado su contrato de trabajo firmado por usted el día 18 de agosto de 2017, terminada la jornada laboral del día 17 de mayo de 2018.

Le solicito se acerque al área financiera para la entrega de carné institucional, y así poder realizar la entrega de la liquidación junto con la indemnización de ley.

Atentamente,



Oscar Eduardo Charry Polanco
Director de Gestión Humana

Copia Hoja de vida

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17.416.506

NUMERO

MORALES GARCES

APELLIDOS

JAIME ARTURO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
ACACIAS
(META)

30-JUN-1970

LUGAR DE NACIMIENTO
1.62

B+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

08-ABR-1991 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500112-42134703-M-0017416506-20050712

05554 05193A 02 180134802

Código: 0 2 Actualización

Requerido para la DIAN

4. Número de formulario

14426



(415)7707212489984(8020) 000001442695288 0

Código de Identificación Tributaria (NIT):

6. OV

12. Dirección seccional

1 7 4 1 6 5 0 6 - 3

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Código de contribuyente:

Tipo de contribuyente: natural o sucesión líquida

Fecha de expedición

Código de BIA

Código de apellido

Código de nombres

Código de sociedad

Código de comercio

Código de BIA

Código de actividad principal

Código de actividad secundaria

Código de actividad terciaria

Código de actividad cuaternaria

Código de actividad quinary

Código de actividad sextary

Código de actividad septary

Código de actividad octary

Código de actividad nonary

Código de actividad decary

Código de actividad undecary

Código de actividad duodecary

Código de actividad tredecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

IDENTIFICACION

25. Tipo de documento:

2 Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 7 4 1 6 5 0 6

27. Fecha expedición:

1 9 9

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio:

Acacías

34. Otros nombres:

ARTURO

33. Primer nombre:

JAIME

32. Segundo apellido:

GARCES

37. Sigla:

USICACION

39. Departamento:

1 6 9

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

1 1

Bogotá, D.C.

CLASIFICACION

Actividad principal

47. Fecha inicio actividad:

9 2 2 0 0 5 0 6 1 0

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código:

2 2 2 4

52. Actividad

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Código de actividad quidecary

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha: 2 0 1 8 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.

Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORALES GARCES JAIME ARTURO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



CONTRIBUYENTE NIT 17416506-3 JAIME ARTURO MORALES GARCES

Información General

Dirección KR 69 I 71 14

Teléfonos 3212179306

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 10/02/2017

Soporte Inscripción 23083121

Fecha Inicio Actividades 04/05/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002977528



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

17416508

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA

2A. LINEA

3A. LINEA

31-DIC. 00

31-DIC. 10

31-DIC. 20

APELLIDOS Y NOMBRES

MORALES GARCES

JAI ME ARTURO

PROFESION BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:

- Tomar posesión de los empleos públicos o privados
 - Ingresar a la carrera administrativa
 - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
 - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
 - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
 - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

DUPLICADO

MY. FILEMON RAMIREZ TOLEDO

10 AGO 92

FECHA EXP.

CDTE. DIM. No. 55

CARVAJAL S.A.



PERSONERÍA JURÍDICA 267 DE 1949
NIT.: 860.025.698-9

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Bogotá, Mayo 30 de 2018

**CERTIFICADO DEL REGISTRO
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Certificamos que es Enfermero **JAIME ARTURO MORALES GARCES**, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.416.506 de Acacias, egresado como Profesional de Enfermería de la Universidad Ciencias Aplicadas y ambientales UDCA, se encuentra inscrito y registrado a través de la Resolución y Tarjeta profesional No. 29502 expedida el 19 de Octubre de 2011, documento que se encuentra vigente, el cual lo acredita para ejercer la profesión de Enfermería en el territorio nacional.

Para obtener este registro el profesional presentó ante la Unidad de Registro de la ANEC, los documentos solicitados de acuerdo con lo establecido por la Ley 266 de 1996, Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 reglamentaria de la Profesión de Enfermería en Colombia.

Atentamente,

GILMA RICO GONZALEZ

Presidenta

Junta Directiva Nacional



No. 29738

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 29502 de OCTUBRE 19 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, JAIME ARTURO MORALES GARCES Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 17.416.506, expedida en ACACIAS, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (Él) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES de BOGOTÁ, expedido el 10 del mes JUNIO de 2005, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 454 del 19 de OCTUBRE de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a JAIME ARTURO MORALES GARCES, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 29502, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 19 días del mes de OCTUBRE de 2011 en Bogotá, D.C.


BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC



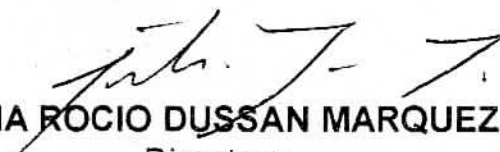
LA DIRECTORA DEL HOSPITAL LOCAL SOLANO

CERTIFICA:

Que **JAIME ARTURO MORALES GARCÉS**, identificado con cédula de ciudadanía No.17.416.506, expedida en Acacias (Meta), laboró como **ENFERMERO EN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** en el Hospital Local Solano, en el periodo comprendido del 14 de octubre de 2005 al 14 de abril de 2006, según Resolución No.1412, Acta de Posesión No.038 del 14 de octubre de 2005, Plaza aprobada por el Instituto Departamental de Salud del Caquetá, según Resolución No.00049 y No. de orden 213-E-CQ del 18 de enero de 2005, con una asignación básica mensual de UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO (\$1.680.745.00).

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado para fines pertinentes.

Dada en Solano, a los 16 días del mes de abril de 2006.


DILIA ROCIO DUSSAN MARQUEZ
Directora

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 IDENTIFICACIÓN *

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

17416506

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC
17416506, se encuentra inscrito en el
Registro Nacional de Talento Humano en
Salud.



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **JAIME ARTURO MORALES GARCÉS** identificado con la cédula de ciudadanía número 17.416.506, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiún (21) días del mes de junio del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



-Biotoscana
Colombia

Unidad de Vacunas



Jaime Arturo Morales Garces

Kr 691 + 71614

3212179306

17916500 H.C.

US 0198 DORA

iVacúmate!

CARNET DE VACUNACIÓN

HEPATITIS B

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	22/09/2017	1430426101	Ingrid
2	22/09/2017	1430426101	Diana R
3	23/10/2017	1430426101	Diana R

INFLUENZA

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	22/08/2017	US0217015	Ingrid

VARICELA

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	22/07/2017		
2			



DATOS PACIENTE

Nombres:	JAIME ARTURO MORALES GARCÉS		
Tipo de Documento:	CC Documento	17416506	
Sexo	M	F. Nacimiento:	30/06/1970
Entidad:	PARTICULAR	Cargo:	ENFERMERO PROFESIONAL
Centro de Costo:	N/A		
Fecha y Hora entrega resultados:	10/01/2017 7.14 AM		

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD

Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA DIETA BAJA EN GRASA, DULCES Y CARBOHIDRATOS

VALORACION OPTOMETRICA CONTROL ANUAL

VALORACION EPS MEDICINA GENERAL Y NUTRICIÓN

OTRAS: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DIARIO DE MEDIAS PARA VARICES COMPRESIÓN MEDIANA.

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

RIESGO BIOMECANICO

NUTRICIONAL

PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): MARGARITA CASTELBLANCO RM: 25-2769

Firma y sello del Médico Evaluador

JAIME ARTURO MORALES GARCÉS

C.C. 17416506

Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 15 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel.: (+1) 261 4505 – 206 5893 – 286 5362

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal, 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.: (+1) 458 5818 – 203 0594

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 15-06
Tel.: (+1) 282 5429 – 342 4834

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 55 No. 17-62
Tel.: (+1) 447 0958 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 55 No. 17-66
Tel.: (+1) 414 5297 – 250 64

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 63-29
Tel.: 265 1573 – 510 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 63-29
Tel.: (+1) 257 9275 – 255 2362

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzai Alto
Tel.: (+8) 674 0916 – 674 0915

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussónes Center
Interior 141 – Oficina 408

CARTAGENA DE INDIAS
Calle 32 No. 8-15 Le Meluna pto 7 Antiguo
Banco Del Eolado Tel.: (+5) 859 0152 – 650 0607

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.: (+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLÍN
Carrera 60 No. 44 B-91 Barrio la America
Tel.: (+4) 412 1145 – 416 7011

GALÍ
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.: (+2) 360 9936 – 362 7337



República de Colombia

Escuela Odontomédica

Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Aprobación Oficial - Resolución No 10-1270 de Enero 10 de 2017 y
10-1198 de Diciembre 13 de 2016 Secretaría de Educación
Concepto Favorable Mediante Acuerdos No 017, 159 y 416 de 2009
Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud
Ministerio de la Protección Social – Ministerio de Educación Nacional

Certifica la Asistencia de:

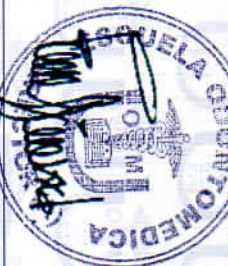
JAI ME ARTURO MORALES GARCES

Identificado (a): con C.C. No. 17,416,506 de: ACACIAS

Al curso
Soporte Vital Básico

Intensidad Horaria: 20 Horas

Dado en Bogotá, D.C. a los 11 días del mes de Abril de 2018



Directora



Secretaria

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

CÓDIGO: STCA-FI-011
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAF
 FECHA: 20-10-2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

PROPIEDAD ☐ PARTICIPAR ☐ COOPERATIVA ☒ ENTIDAD PÚBLICA ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Thomas SEGUNDO APELLIDO: García PRIMER NOMBRE: Jaime SEGUNDO NOMBRE: Arturo
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ MUP ☐ IDENTIFICACIÓN: 17416506 LUGAR EXPEDICIÓN: Acazai, Teta (Ciudad/Municipio): Teta FECHA EXPEDICIÓN: 08-04-1991
 FECHA NACIMIENTO: 30-06-1970 LUGAR NACIMIENTO: Acazai, Teta PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano
 ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CONYUGADO ☐ DIVORCIADO ☐ ENHENDIDO ☐ VIUVA ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 321279306

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ ENFERMERO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: Gerencia en Salud. OFICIO: Enfermero

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Cra 69I No 71-14 CIUDAD RESIDENCIAL: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS RESIDENCIAL: Colombia
 CORREO ELECTRÓNICO: jaimoraqai44@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐
 DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ MUP ☐ NUMERO IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN: FECHA EXPEDICIÓN:
 PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐ AUTÓNOMO ☐ EMPRESARIO ☒ COMERCIANTE ☐ PERSONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRA ☐
 INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒
 GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒
 FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒ ADMINISTRADOR RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ * NIT:
 PARTICIPACIONES: AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
 DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: TELEFONO: CIUDAD/MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: PAÍS:
 CARGO ACTUAL: FECHA VINCULACIÓN:

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
INGRESOS	—	GASTOS FAMILIARES	1.800.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
RENTAS	—	AHORROS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
RENTAS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
RENTAS	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS GASTOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	—	TOTAL EGRESOS	1.800.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		—		—		—	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar, o hijo/a con el Cliente o Contraparte y debe ser legalmente habilitado en el territorio Colombiano)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VIDEZ	Gomez	Camilo	Elena
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Calle 71 N° 69-27	Bogota Colombia	Comadre	312 4700084
7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
Caja Social	2 horas	24512258081	LA FERIA
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
—	—	—	—
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:			
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐			
CUAL: —			

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS			
Hein suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certezas 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".			
Que los recursos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)			
Enfermero Profesional			

1. 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).

2. No admitir 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 efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

3. Al mismo tiempo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaron a actividades lícitas.

4. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

5. 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 ordenanza o 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.

6. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Salariado: 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.

Asesante: Certificado de pensión o despidibles 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 honorarios 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.

Empresario: 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.

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

Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

Fotocopia inscripción en el RUT Distrital.

Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

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

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).

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

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

1. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR CONSULTAR Y COMPARAR INFORMACION 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:

Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son requeridos 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.

Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 181 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a los datos 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 requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

Que los datos también serán tratados para fines comerciales, salvo por lo que se procede a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para 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 derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: 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 c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail surilaff@subredcentroorientee.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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO**

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

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

Enfermero Profesional

IX. FIRMA Y HUELLA

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

[Firma manuscrita]

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN 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. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

Bogotá, Junio 20 de 2018

Señor:
MORALES GARCES JAIME ARTURO
CC. 17416506 CR 691 71 14 - 2111111
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 7 de 2010. 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
MORALES GARCES JAIME ARTURO	17416506	C	Oct-7-2010	294	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
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	17416506	Dependiente	CERRADO
CLINICA PARTENON	17416506	Dependiente	CERRADO
EUSALUD SA	17416506	Dependiente	CERRADO
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	17416506	Dependiente	CERRADO
JAIME ARTURO MORALES GARCES	17416506	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JAIME ARTURO MORALES GARCES	17416506	Trabajador Independiente	CERRADO
JAIME ARTURO MORALES GARCES	17416506	Trabajador Independiente	CERRADO
JAIME ARTURO MORALES GARCES	17416506	Trabajador Independiente	CERRADO
JAIME ARTURO MORALES GARCES	17416506	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JAIME ARTURO MORALES GARCES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **17,416,506**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

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

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

17416506

Numero de Documento

Sura.

ARI.

Jaime

Primer Nombre

Arturo.

Segundo Nombre

Torales

Primer Apellido

García

Segundo Apellido

30-06-1970

F. Nacimiento dd/mm/aa

Acacias Heta.

Ciudad de Nacimiento

Cra 69 # 4071-14

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Salud Total.

EPS - Salud

Ponvenir

AFP - Pensiones

\$ 2.800.000

Honorarios

Enfermero profesional

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

jaimorgar44@hotmail.com

Correo Electrónico

321 9179306

Celular



Firma del Afiliado

Sa Leon.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52284294

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 111282512**



WEB

18:34:21

Hoja 1 de 01

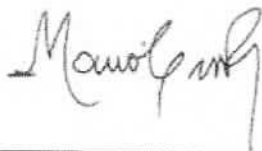
Bogotá DC, 20 de junio del 2018

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) JAIME ARTURO MORALES GARCES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 17416506:

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.



Bogotá D.C., 20 de Junio de 2018 - 18:26 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JAIME ARTURO MORALES GARCES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS SEIS** de ACACIAS

17416506

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_KD83_2618

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 20 de junio de 2018, a las 18:28:42, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL**.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	17416506
Código de Verificación	17416506180620182842

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:25:43 horas del 20/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **17416506**

Apellidos y Nombres: **MORALES GARCES JAIME ARTURO**

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 - 6:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C. (571)
5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910
112

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JAIME ARTURO MORALES GARCES

Identificado con

CC17416506

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0119 LAS FERIAS, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS PERSONA NATURAL

Número : 24512258081

Fecha de Apertura : 06 de diciembre de 2004

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

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: JAIME ARTURO MORALES GARCES
Realizada en la oficina 0029 PRIMAVERA de la ciudad de BOGOTÁ, el día miércoles, 20 de junio de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

G9G2P1A3 - GUSTAVO GARCIA PARRA

