

16/11/2017

Confirmación de registro de Proveedor



16/11/2017 15:04:49

UTC -5 15:04:49



Buscar por proceso

Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Michael Andres Peña Avila,

Michael Andres Peña Avila con el NIT 1073674107 creada

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

¡Gracias por su registro!



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DEPARTAMENTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEÑA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AVILA	NOMBRES MICHAELL ANDRES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1073674107	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1073674107 D.M. 50		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES SEP AÑO 1987 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRR 8 # 48-16 SUR PAÍS COLOMBIA DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO SOACHA TELEFONO 3749982 EMAIL mapa0930@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER ACADÉMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES	DIC	AÑO	2011



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentroorientes@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Enfermero	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN crr 14 a #1-45	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	1	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

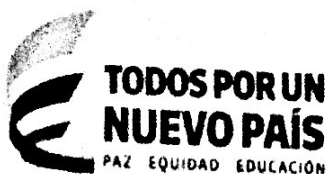
SIDEAP

Última Actualización: 26-nov-2017

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

Goacha, 26- Noviembre- 17
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAPO

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1073674107 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Cundinamarca

Municipio SOACHA

Dirección CRR 8 # 48-16 SUR

Teléfonos 3017437390 3749982

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 4.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

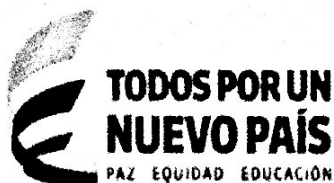
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	ESTUDIOS PREGRADO	\$ 19.000.000,00

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
-----------------------	--------------------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP 
ENTIDAD DE INFORMACIÓN DE SALUD EMPLEO Y CALIDAD DE VIDA

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 ☐ N ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Gracha, 26 de Noviembre - 17
CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

MICHAELL ANDRÉS PEÑA AVILA

C.C. No. 1.073.674.107 de Soacha

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

ENFERMERO

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

Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2016

Rector

Secretario General

Decano



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL
PARA EL DESARROLLO HUMANO

IFIDHU

Con autorización oficial según resolución N° 13-0101 del
13 de agosto de 2010 de la Secretaría de Educación de Bogotá

TENIENDO EN CUENTA QUE:

Michaell Andres Peña Avila

C.C. 1.073.674.107 de Soacha

Culminó satisfactoriamente el programa y cumplió con todos los
demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de
Aptitud Ocupacional por competencias del programa Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

1800 HORAS

Catalina García P.

Director Académico

Diana Guitu

Secretaria Académica

En constancia de lo anterior se expide el presente certificado
en la ciudad de Bogotá, a los 21 días del mes de septiembre de 2012



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio San José F.E.S.S.J.

Autorizado mediante la resolución 224 de Diciembre 2 de 2005 de
la Secretaría de Educación de Boyacá
Código DANE No. 325754005072

Confiere a:

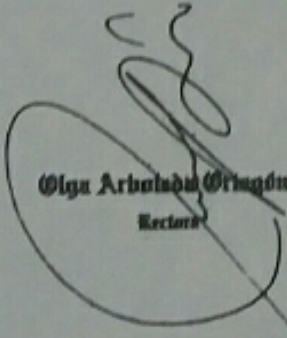
Michael Andrea Peña Avila

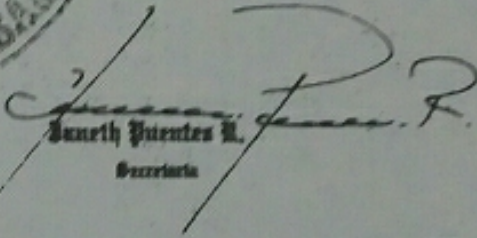
Doc. C.C. 1073674107 de Boyacá

el título de:

Bachiller Académico

Por haber alcanzado los logros correspondientes al nivel de Educación
Media (Perfeccionamiento). Según los principios generales de
la Educación Colombiana y los lineamientos del F.E.S.


Olga Arboleda Orjón
Rectora


Janneth Puentes R.
Secretaria

Anotado en el libro de Diplomas No. Folio No. No requiere registro ante la Secretaría de Educación

Dado en Boyacá, a los 15 días del mes de Diciembre de 2011



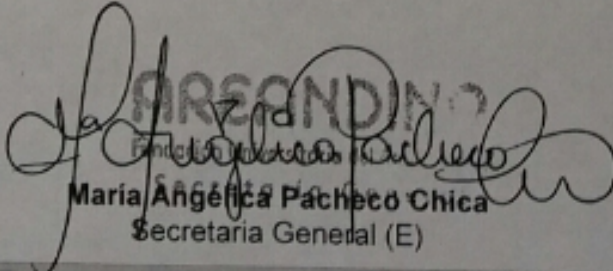
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 788

En Bogotá D.C., el 18 de noviembre de 2016 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 114 del 15 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA** con cédula de ciudadanía número 1073674107 de Soacha, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 36, número 49147.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 18 de noviembre de 2016.


AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General (E)
María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 21 del mes de septiembre de 2012 se reunieron, con el fin de formalizar la entrega de certificaciones de Aptitud Ocupacional por competencias de los alumnos del programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería, la suscrita directora y secretaria del Instituto de Formación Integral para el desarrollo Humano IFIDHU con autorización oficial mediante resolución 13-0101 de agosto 13 de 2010 de la Secretaría de Educación con una duración de 1800 horas y acuerdo No. 0175 de mayo 5 de 2010 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud del Ministerio de la Protección Social.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y culminaron satisfactoriamente el programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería se procedió a otorgar el certificado a:

Michael Andres Peña Avila

C.C. 1.073.674.107 de Soacha

FIRMADA

Catalina García P.

Directora de Programa

Diana Guitu

Secretaría Académica

Dada en la ciudad de Bogotá, a los 21 días del mes de septiembre de 2012

COLEGIO SAN JOSÉ FESSJ

Resolución 224 de Diciembre 2 de 2005 de la Secretaría de Educación y Cultura de Soacha
Codigo DANE 325754005072

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Soacha, a los Quince (15) días del mes de Diciembre de 2011, se reunió el Consejo Directivo, presidido por la Rectora y la Secretaria Académica con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Ciclo Lectivo Especial Integrado II de Educación Media Académica del Colegio San José-FESSJ, institución autorizada para prestar el servicio educativo en los niveles de Educación Básica y Media, modalidad académica, según resolución 224 del 2 de diciembre de 2005.

Comprobada la idoneidad académica, las actitudes de formación y la situación legal de cada uno de los estudiantes del Ciclo Lectivo Especial Integrado II de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identidad se relacionan a continuación:

Michael Andrés Peña Avila

C.C. 1073674107 de Soacha

Registro No 4272

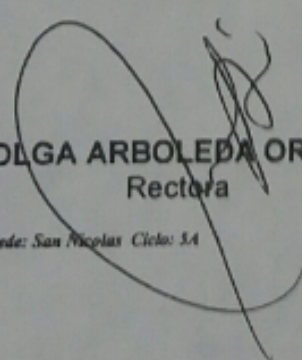
Es fiel copia del acta 14 de fecha Quince (15) de Diciembre de 2011 que consta de 1148 estudiantes - graduados comenzando con el nombre de Adriana Escobar Suarez y cerrándose con el nombre de Wulder Fabián Giraldo Ramírez.

Firmada por Olga Arboleda Ortegón Rectora y Yaneth Puentes Rodríguez, Secretaria Académica.

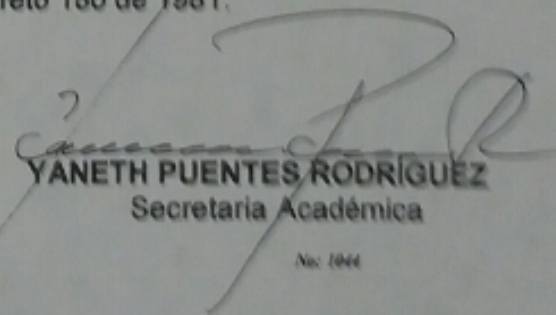
No requiere Registro de la Secretaría de Educación según decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 de diciembre de 1995.

Dada en Soacha, a los 15 días del mes de Diciembre de 2011.

En constancia se firma la presente acta por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.


OLGA ARBOLEDA ORTEGÓN
Rectora

Sede: San Nicolás Ciclo: 5A


YANETH PUENTES RODRÍGUEZ
Secretaria Académica

No: 1944



FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Michaelle Andrés Peña Ávila

CC 1.073.674.107

Cursó el

DIPLOMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO
(INCLUYE SOPORTE VITAL BÁSICO).

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, del 8 de marzo al 31 de mayo de 2014,
con una intensidad de 120 horas.

En constancia firmare:

88

Dr. Sergio Pardo Duarte
Rector

DAJA

Dr. Mauricio Wagner Villegas
Director Educación Continua

Certificado

Por la presente se certifica que

Michael Andres Peña Avila

C.C 1073674107

Ha asistido a una formación sobre:

Terapias de Soporte Renal Continuo con Tecnología Aquarius Platinum

Nombre y cargo del formador:

Carlos Infante Hernandez
Especialista de soporte renal continuo y plasmaféresis

Firma *Carlos Infante H.*

Fecha: 27 de septiembre de 2016



INSTITUTO DE FORMACIÓN INTEGRAL PARA
EL DESARROLLO HUMANO



CERTIFICA QUE

MICHAEL ANDRES PEÑA AVILA

Identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.073.674.107 asistió al

DIPLOMADO DE LABORATORIO CLÍNICO

con una intensidad de 58 horas Teóricas

Se Expide Certificado a los 22 dias del mes de Diciembre de 2011.

DIANA COLLAZOS SILVA
DIRECTORA

INGRID JOHANNA PULIDO JIMENEZ
BACTERIOLOGA

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MICHAEL ANDRES PEÑA AVILA

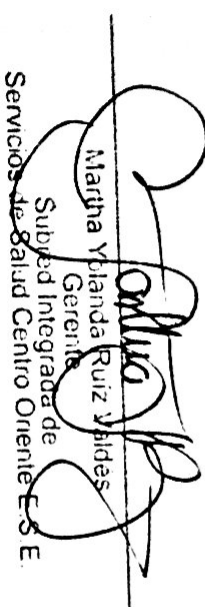
C.C.: 1073674107

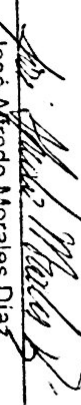
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

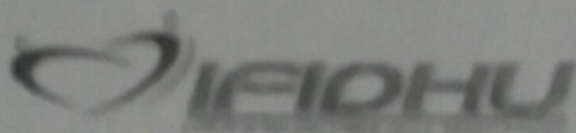
Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Vides
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



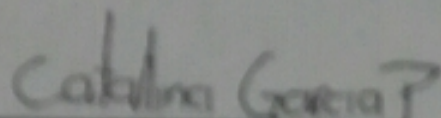


La dirección académica del programa concede la mención de honor al estudiante

MICHAEL ANDRÉS PEÑA AULA

por su **EXCELENCIA ACADÉMICA**

se expide la mención a los 21 días del mes de Septiembre de 2012



JOHANNA C. GARCIA PARRA
DIRECTORA GENERAL



República de Colombia

Colegio San José J.C.S.S.J.

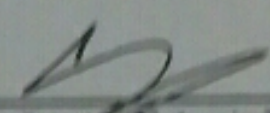
Escuela Integral
El mejor ambiente para la educación

Mención de Honor

Concedida a:

Michael Andrés Peña Avila

Por su Rendimiento Académico


Lic. Cristina Valencia Rivera
Coordinadora


Lic. Alvaro Alexander Gutierrez
Directora de Grupo

Dado en Soacha a los 26 días del mes de Noviembre de 2011

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. C.V. 110 Hospital Centro Oriente En Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
<p>Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos</p>	<p>Código EGT-FT-656</p>	<p>Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano</p>	<p>Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06</p>

Bogotá, D.C

Señores

Fundación Universitaria del Area Andina
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Michael Andres Peña Avila, 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:

Enfermero
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento:

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Diagonal 34 5-43
Código Postal 110311174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentrooriente@saludcapital.gov.co

PREMIER
PLAN
2011

12



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



CERTIFICA:

Que **PEÑA AVILA MICHAELL ANDRES** identificado con cédula de ciudadanía número **1073674107** estuvo vinculado (a) como trabajador (a) asociado (a) en la Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, mediante convenio de asociación a término indefinido, desde el **1 de Enero de 2013** hasta el **28 de Febrero de 2014**.

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios **HOSPITAL SAN JOSE**.

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los nueve (9) días del mes de Febrero del año dos mil quince (2015).

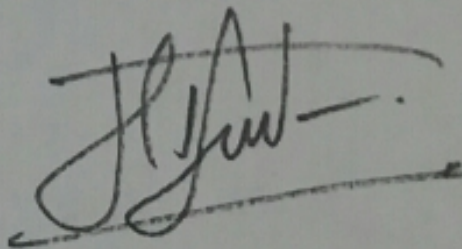
HENRY LADINO DIAZ
LIQUIDADOR PRINCIPAL

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO
S.A.S.

CERTIFICA:

Que **PEÑA AVILA MICHAELL ANDRES** identificado con cédula de ciudadanía número **1073674107** laboró en Medicall Talento Humano S.A.S., a través de un contrato de trabajo a Término Indefinido, desde el **1 de Marzo de 2014** hasta el **1 de Septiembre de 2015** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los **DIECIOCHO (18) días** del mes de **Septiembre** del año **DOS MIL QUINCE (2015)**.



HENRY LADINO DIAZ

GERENTE GENERAL

La presente certificación debe tener sello seco.

Carrera 67 N° 4G-78 Piso 2 Teléfonos: 742 5770 Fax 7425770

Bogotá

clonada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.674.107

PEÑA AVILA
APELLIDOS

MICHAELL ANDRES
NOMBRES

Michael A. Peña A.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1987
SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

10-OCT-2005 SOACHA

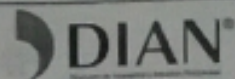
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMASEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1524700-39143671-M-1073674107-20051212

0145005346B 02 181203901



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANUSCA

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14383978063



141517707212489984(8020) 0000014383978063

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 7 3 6 7 4 1 0 7

8. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión líquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 7 3 6 7 4 1 0 7

27. Fecha expedición:

2 0 0 5 1 0 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio:

Soacha

7 5 4

31. Primer apellido

PEÑA

32. Segundo apellido

AVILA

33. Primer nombre

MICHAELL

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio:

Soacha

7 5 4

41. Dirección principal

CR 7 C 45 12 SUR

42. Correo electrónico:

mapa0930@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 0 1 7 4 3 7 3 9 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 1 0 1

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 6 0 8 0 4

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre:

MOSCONO ACUÑA VICTOR MANUEL

985. Cargo:

Analista II

CONTRIBUYENTE CC 1073674107 MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA

Información General

Dirección KR 7C 45 12 SUR

Teléfonos 3017437390

Dirección electrónica MAPA0930@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/08/2016

Soporte Inscripción 18048031

Fecha Inicio Actividades 01/01/2013

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: 16001105286



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Boleto Reservista Primera Clase

NÚMERO 1073674107

APELLIDOS Y NOMBRES

PEÑA AVILA

MICHAEL ANDRES

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LINEA 31 - DIC 2017	2ª LINEA 31 - DIC 2027	3ª LINEA 31 - DIC 2037
------------------------------	------------------------------	------------------------------

FECHA DE EXR:

ESP/11MAY/2007

PROFESIÓN

UN EMPLEADO



1º MILERO

COTE DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

- Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tomar posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
- En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

009121

NO A BORDAR EN LA LATERAL DE LA

EJ ASA 119



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
TARJETA DE CONDUCTA

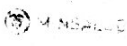
El **CDTE 1 SPRO**
Hace constar de el **STA. PERU**
AVILA MICHAEL ANDRES
Con Tarjeta de Reservista No. **1073674107**

Observó **EXCELENTE** Conducta durante su Servicio
Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del **111005 al 300507**
NILO, 30-05-07 TC. EDUARDO ZAPATEIRO
LUGAR Y FECHA FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD

DEBERES DE LOS RESERVISTAS DE PRIMERA CLASE

1. Porte la Tarjeta de Reservista y consévela en buen estado.
2. Cuando cambie de domicilio preséntese en la Alcaldía, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar tal hecho.
3. Cuando se decreta la Movilización o llamamiento especial, preséntese en la Unidad Militar más cercana, o al Alcalde del Municipio de su residencia. El incumplimiento le ocasiona sanciones previstas en el Artículo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

"SI QUIERES LA PAZ PREPARATE PARA LA GUERRA"

 **TODOS POR UN
NUEVO PAÍS** 

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA
C.C. 1.073.674.107
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-11-18
FECHA DE INSCRIPCIÓN REHUS: 2016-12-15



7126

Crear-ID.com | 821 9115


Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MICHAELI ANDRES

PEÑA AVILA

C.C. 1073674107

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 07/12/2012

Ministerio de Salud

Samuel Elías Celis

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.



Resolución No 11965 de 09/11/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PEÑA AVILA MICHAELL ANDRES Identificado(a) con CC número 1073674107 expedida en SOACHA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE FORMACION INTEGRAL - IFIDHU el día 21/09/2012.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

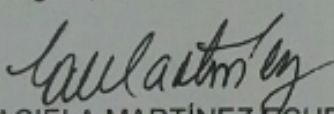
ARTICULO PRIMERO: autorizar a PEÑA AVILA MICHAELL ANDRES identificado(a) con CC número 1073674107 expedida en SOACHA para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

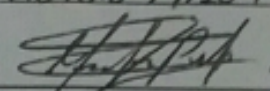
ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 09/11/2012


ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 09-Dic-2012
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Michael A. Peña Avila
CC. # 1073674107.
Firma 

RETHUS ENFERMERO

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1073674107	MICHAELL	ANDRES	PENA	AVILA	Ver

Información Detallada [CC: 1073674107] MICHAELL ANDRES PENA AVILA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local		ENFERMERIA	2016/12/15	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



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 **MICHAELL ANDRÉS PEÑA ÁVILA** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.073.674.107, 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 dos (2) días del mes de mayo del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

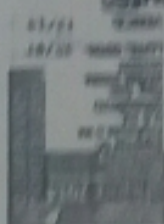
ESQUEMA ANTIRRABICO

Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		
OTRAS			
Prueba de Tuberculosis			
1ª Dosis			
2ª Dosis			
3ª Dosis			
Gamaglobulina			
Suero Antifético			
Suero Antirrábico			
Anotaciones Especiales			

Cruz Roja Colombiana

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

Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojasundinamarca.org.co



09326

01/21 0000
10/22 0000

RENET DE VACUNACION
NACIONAL

NOMBRE Michael Andres Pena Avila

FECHA DE NACIMIENTO 20 Sep 1991 SEXO M

TELEFONO 3733316 031073694107

5/964

VACUNAS	FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
D.P.T.	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
	Refuerzo	
9	Sarampión	
TRIVIRAL	Papera	
	Rubéola	
	Sarampión	
	Refuerzo	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	3ª Dosis	
	Refuerzo	

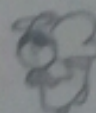
VACUNAS	FECHA	FIRMA
TETANO	1ª Dosis 25 AGO 2011	
	2ª Dosis 29 SEP 2011	
	Refuerzo 09 MAR 2012	
TETANO	1ª Dosis	
	2ª Dosis	
	Refuerzo	
FIEBRE TIFOIDEA		
FIEBRE TIFOIDEA	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
FIEBRE TIFOIDEA	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
FIEBRE TIFOIDEA	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	
FIEBRE TIFOIDEA	1ª	
	2ª	
	3ª	
	4ª	

Refuerzo: 40 JUL 2012 2 MAY 2014

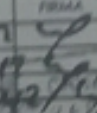
Certificado de

BIOTECNIA S.A.
 Dr. ANGEL PORTANTON DE GARCIA

CARNET DE VACUNACION



Nombre	Michael peng
Dirección:	
Teléfono:	
H.C.	1073 674 109 Soacha
Entidad Vacunadora	

HEPATIS B HEPATIS B GEN	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE NO.	FIRMA
	1a	09-02/11	0451047	
	2a	09-03/11	0451047	
	3a	04-04/11	0451047	

INFILMENTA ADULTO 11	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE NO.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELA VECTRA 2011	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE NO.	FIRMA
	1			

HEPATIS A STANIS	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE NO.	FIRMA
	1			

INFLUENZA INFLUENZA	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE NO.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSE	FECHA APLICACION	LOTE NO.	FIRMA

**INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO S.A.S**

NIT 800.222.660-6
Calle 13 # 60-49/61, Piso 3
PBX: 57-1-290-0077 Fax 57-1-570-0920
Línea Nacional: 01 8000 114472
Bogotá D.C.
Informacion@iralabs.com

Ecuador

Móvil 994 63962 · Fijo +(593) 220 40105
Línea gratuita: Andinetel 1 999 170 5919
Pacifictel 1 800 999 170 5919
ecuador@iralabs.com

Perú

Móvil 991 466 605
Línea gratuita: 080054600
peru@iralabs.com

Panamá

Móvil: (507) 6677 0711
Línea gratuita: 011 00 8005700012
panama@iralabs.com

Remite: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**Paciente: PEÑA AVILA, MICHAELL ANDRES****Código IRA: 1085106****Identificación: 1073674107****Sexo: M****Médico:****Origen: BOGOTÁ****Edad: 29 Años****Fecha de Recibo: 04/07/2017****Fecha Validación Final: 06/07/2017 04:59:23 p.m.****Código Cliente: 0704120546-SANTA CLA****Parámetro****Resultado****Unidad****Intervalo Biológico de Referencia****Inmunología Infecciosa****Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie****> 1000****IU/L**

No Reactivo : Menor de 10.0 IU/L
Reactivo : Mayor o igual a 10.0 IU/L

Técnica: Electroquimioluminiscencia

María Consuelo Casas Gómez
Directora
T.P. # 456

Validado Por:

Liliana del Pilar Torres Fuentes
T.P. # 53.047.463

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 25-ago-2016

HORA 12:17:17

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Michaell Andres Peña Avila

Edad 28 años 10 meses 26 días

Documento de Identificación: CC Número: 1073674107

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES
----------	-------	-----------	---------------

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos posturales adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

OSTEOMUSCULAR: Normal

REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

☐ Vehículos pesados	☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas	☐ Subir y bajar escaleras
☐ Equipos móviles de superficie	☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas	☐ Movimientos repetitivos
☐ Manejo de sustancias peligrosas	☐ Ruido por encima de 85 db	☐ Vibración
☐ Manejo de materiales fundidos	☐ Trabajos por turnos	☐ Manipulación de cargas
☐ Guardas de equipos	☐ Exposición a la luz solar directa	☐ Tareas de agarre
☐ Aislamiento y/o inmersión	☐ Exposición a material particulado y/o gases	☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
☐ Trabajos de altura	☐ Exposición a radiación ionizante	☐ Agacharse, ponerse en cunillas o voltearse repetidamente
☐ Operaciones de levante y manipulación de carga	☐ Trabajos en espacios confinados	☐ Manipulación de alimentos
☐ Manipulación de alimentos	☐ Posición sedente o bipeda prolongada	

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma

Henry Orozco Solano
Henry Orozco Solano
Med. Gen., Salud Ocup.
Reg. Med. 2008-08 - Licencia 10921

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

RM. 10921 Lic. SO:

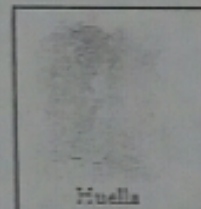
Trabajador

Firma

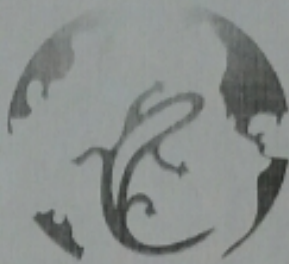
Michaell Andres Peña Avila

Nombre: Michaell Andres Peña Avila

CC N° 1073674107



Huella



Salamandra®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Michaelℓ Andrés Peña Avila

Identificado con cédula de ciudadanía N° 1073674107

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación
del curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

El cual avala competencias en los componentes de:

**SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-
RESPIRATORIO Y ABORDAJE INICIAL EN TRAUMA**

Con una intensidad de 20 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá
a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2016,
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
con el No. C-SBV53420162001



Escuela de Auxiliares en Enfermería

E.S.A.E.E.

Formamos vidas para dar lo que no tiene precio. La Salud

INSTITUCION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Resolución 15-005 de Febrero 8 de 2016, Sec. de Educación de Bogotá D.C.
Acuerdo No 00312 de Diciembre 10 de 2015, Mm. De la Protección Social.

CERTIFICA A:

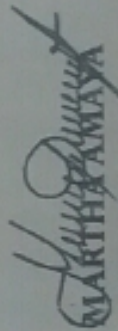
MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA

C.C. 1.073.674.107 Soacha

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Intensidad 20 Horas


Subgerente

Bogotá D.C Junio 23 de 2016

Avenida 1 de Mayo No 30-33

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

FECHA: 26-08-17 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Peña SEGUNDO APELLIDO: Avila PRIMER NOMBRE: Michael SEGUNDO NOMBRE: Andrés

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 1073.674.107 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Soacha / Cundinamarca FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2005/10/10

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 30-09-1987 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Soacha / Cundinamarca PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELÉFONO CELULAR: 3017437390

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAESTRÍA ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☒ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ CUAL:

Enfermero
TELÉFONO RESIDENCIA: 3017437390

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 8 Dº 48-1666 CIUDAD RESIDENCIA: Soacha DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia

CORREO ELECTRÓNICO: mapa0930@hotmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELÉFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACIÓN: LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:

SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRO:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ Códigos C.U.E. ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8692

GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA <i>Subred Centro Oriente E.S.E</i>	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ OTRO ☐		IDENTIFICACION <i>4100959051-7</i>			
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL ☒			
DIRECCION DE LA EMPRESA <i>Cra 148 D° 1-45 sur</i>		TELÉFONO <i>3282828</i>		CIUDAD/MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	
CARGO ACTUAL <i>Enfermero</i>		DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>		PAIS <i>Colombia</i>	
		FECHA VINCULACION <i>12-Sep-2016</i>			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	<i>2'800.000</i>	GASTOS FAMILIARES	<i>500.000</i>	AHORROS	<i>1'000.000</i>	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	<i>1'000.000</i>	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	<i>21'000.000</i>
TOTAL INGRESOS	<i>2'800.000</i>	TOTAL EGRESOS	<i>1'500.000</i>	TOTAL ACTIVOS	<i>1'000.000</i>	TOTAL PASIVOS	<i>21'000.000</i>
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		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>Hernandez</i>	<i>Gonzalez</i>	<i>Mayerli</i>	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
<i>Cra 80 F D° 42 F -92 sur</i>	<i>Bogotá / Cundinamarca / Colombia</i>	<i>Amiga</i>	<i>374 9982</i>

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
<i>Davivianda</i>	<i>Cuenta de Ahorros</i>	<i>456800076246</i>	<i>C.C. Mariurio</i>	<i>3383838</i>

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					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 corteza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":	

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

<i>Enfermero</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 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 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. Informare 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 vinculo (n) con la SUBRED.
--

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Aralariado: 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/Contratista 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 RUT 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: Adjuntar 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 contenidas 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, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

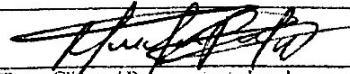
Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, 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, dealer, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de Infiltración 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 regulaciones 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 para 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 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UPAE, Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartieron, transmitieron, entregaron o divulgaron, 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 D.C., teléfono 3 44 44 84, e-mail: subsredcentroorientegovcol) 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.subredcentroorientegovcol) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, 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 Cliente / Representante Legal



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 ☐

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:	

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.073.674.107

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Michael

Primer Nombre

Andres

Segundo Nombre

Peña

Primer Apellido

Arila

Segundo Apellido

30-09-1987

F. Nacimiento dd/mm/aa

Soacha

Ciudad de Nacimiento

Cra 8 Dº 48-16 Sur

Dirección de Residencia

3749982

teléfono fijo

Sanitas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

2'100.000

Honorarios

Enfermero

Objeto Contractual (Cargo)

10-Enero-2018

Fecha Inicio del Contrato

mapa0930@hotmail.com

Correo Electrónico

3017437390

Celular

[Firma]

Firma del Afiliado

Nini Johanna Alvarez

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 53003092

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1073674107
NOMBRES Y APELLIDOS	Peña Avila, Michael Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	30/09/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Peña Avila, Michael Andres, a los 26 días del mes de junio del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,073,674,107**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes



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

CERTIFICA QUE:

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

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

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

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO DE COTIZANTE	ESTADO
CC	1073674107	MICHAELL ANDRES PENA AVILA	RAFAEL URIBE-SEDE ADMINISTRATIVA	1	0.522%	14/10/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 24 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111523068



WEB

17:51:17

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 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) MICHAELL ANDRES PEÑA AVILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073674107:

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 26 de junio de 2018, a las 17:46:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1073674107
Código de Verificación	1073674107180626174613

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





Bogotá D.C., 26 de Junio de 2018 - 17:40 pm

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

CERTIFICA

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

1073674107

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_BSLG6_4017**

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:53:47 horas del 26/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1073674107**

Apellidos y Nombres: **PEÑA AVILA MICHAELL ANDRES**

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.

[Volver al Inicio](#)



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/11/24

Por medio de la presente hacemos constar que el señor MICHAELL ANDRES PENA AVILA
con Cédula de Ciudadanía número 1073674107
de SOACHA-CUNDINAMARCA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 456800076246
Fecha Apertura 2016/01/06

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.073.674.107
Numero de Documento

Seguros Bolivar
ARL

Michael
Primer Nombre

Andres
Segundo Nombre

Peña
Primer Apellido

Avila
Segundo Apellido

30-Sep-1987
F. Nacimiento dd/mm/aa

Soacha
Ciudad de Nacimiento

Cra 8 # 48-16 sur
Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Sanitas
EPS - Salud

Porvenir
AFP - Pensiones

\$ _____
Honorarios

Enfermero
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

mapa0930@hotmail.com
Correo Electrónico

301 743 7390
Celular

[Firma]
Firma del Afiliado

[Firma] Clavijo Q.
Firma y Nombre Supervisor del Contrato
c.c. 52-431-204