



# 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: 14-dic-2018

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>OTERO                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>ROJAS                                                                                                                       | NOMBRES<br>ANDRES FELIPE                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1023933111 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>                                                                                            | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 1023933111                  | D.M. 2                                                                                                                                                        |                                                                                       |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 19 MES MAY AÑO 1994<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CRA 3 C NO 32B 60 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6953065<br>EMAIL ottopipe17@gmail.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 ACADEMICO |          |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|----------------------------|----------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO             |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES DICIEMBRE              | AÑO 2011 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO         | TEMINACIÓN MES AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------------|--------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| TL                  | 6                       | X              | ESPECIALISTA TECNOLÓGICO EN GERENCIA DE NEGOCIOS | 12 2013            |                            |
| TL                  | 6                       | X              | SIN REGISTRAR                                    | 7 2013             |                            |

### DOMINIO DE IDIOMAS

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 |
| Inglés |          |   |    |        |   |    |            |   |    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Sudred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.

**SIDEAP**

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

## 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                                      | PÚBLICA               | PRIVADA                    | PAÍS            |
| Sud red integrada de servicios de salud centro oriente | X                     |                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                           | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| Bogotá D.C.                                            | Bogotá D.C.           | Oltopipe17@gmail.com       |                 |
| TELÉFONOS                                              | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO |
| 3725610                                                | DÍA 16 MES 7 AÑO 2016 |                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                       | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                 |
| APOYO EN FACTURACION                                   | Facturacion           | Diag 33 no20 59            |                 |

| EMPLEO O CONTRATO    |                       |                            |                       |
|----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD    | PÚBLICA               | PRIVADA                    | PAÍS                  |
| HOSPITAL LA VICTORIA | X                     |                            | Colombia              |
| DEPARTAMENTO         | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                       |
| Bogotá D.C.          | Bogotá D.C.           |                            |                       |
| TELÉFONOS            | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO       |
| 3725610              | DÍA 21 MES 1 AÑO 2015 |                            | DÍA 15 MES 7 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO     | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                       |
| FACTURADOR           | FACTURACION           | DG 39 SUR 3 20 ESTE        |                       |

| EMPLEO O CONTRATO |                        |                            |                       |
|-------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA                | PRIVADA                    | PAÍS                  |
| SYC               |                        | X                          | Colombia              |
| DEPARTAMENTO      | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                       |
| Bogotá D.C.       | Bogotá D.C.            | syc@gmail.com              |                       |
| TELÉFONOS         | FECHA DE INGRESO       |                            | FECHA DE RETIRO       |
| 4276844           | DÍA 19 MES 12 AÑO 2013 |                            | DÍA 8 MES 11 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                  |                       |
| operador auxiliar | colpensiones           | bucaramanga seccional      |                       |

## 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   | 3                     | 10    |
| PRIVADO   | 0                     | 10    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.

**SIDEAP**

SECTOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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 |
| PARTICULAR | 0                     | 0     |
| TOTAL      | 4                     | 9     |

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 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

## OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 8:36:31  
ANDRES FELIPE OTE...

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

## Datos del usuario guardados

Editar

### Información del usuario

Género Masculino  
Cargo  
Título Sr.  
Nombre completo  
Nombre y apellido ANDRES FELIPE OTERO ROJAS  
Código del empleado  
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía  
Número de documento 1023933111  
Fecha de emisión  
Expedido por  
Fecha de expiración  
Dirección  
Código postal  
Estado  
Municipio  
País COLOMBIA  
Correo electrónico ottopipe17@gmail.com  
Teléfono  
Celular 3103482743  
Número de fax



JOTA



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANDRES FELIPE OTERO ROJAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023933111

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 3 C NO 32B 60 SUR

Teléfonos 3103482743 6953065

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------|------------------------|------------|
|                      | 52045545               | MADRE      |
| CARMEN ROSALBA ROJAS | 52045545               | MADRE      |

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 | \$ 19.440.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 0,00          |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 19.440.000,00 |

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 |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BBVA               | AHORROS        | 4912685117439718    | CALLE 94          | \$ 400.000,00      |

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           |
|----------------------|----------|-----------------|
| UNIVERSIDAD CATOLICA | ESTUDIO  | \$ 4.200.000,00 |
| VIVIENDA             | ARRIENDO | \$ 450.000,00   |



## FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 14-dic-2018

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|-----------------------|--------------------|

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|------------------------------------|------------------|

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

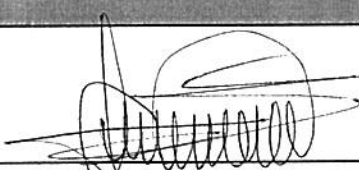
| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO                                                                   | NÚMERO DOCUMENTO |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

## 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 D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

**ANDRES FELIPE OTERO ROJAS**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 1.023.933.111*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral  
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

**TECNÓLOGO EN**

**GESTIÓN DE MERCADOS**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,  
a los diez (10) días del mes de julio de dos mil trece (2013).*

Firmado Digitalmente por  
JAIME GARCIA DI MOTOLI  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia  
JAIME GARCIA DI MOTOLI

SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

8242380 - 10/07/2013  
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 930300305066CC1023933111C.

La República de Colombia



# INTESCO CENTER

Fundación Educativa

Personería Jurídica 2626

Educación para El Trabajo y El Desarrollo Humano

Resoluciones No. 1146 -12/04/2011 - 3189 - 30/09/2011

4040 - 23/12/2011 S.E.D.

Teniendo en cuenta que:

**Andrés Felipe Otero Rojas**

C.C / T. I. No. 1.023.933.111 de Bogotá

Terminó satisfactoriamente sus estudios y aprobó todas las pruebas reglamentarias, le otorga el presente certificado de:

Técnico Laboral por Competencias en:

**Diseño e Imágenes Gráficas**

Bogotá, D.C. Diciembre 21 de 2013

FUNDACION EDUCATIVA  
DIRECTOR GENERAL  
*[Firma]*  
Director General

FUNDACION EDUCATIVA  
SECRETARIA  
*[Firma]*  
Secretaria

FUNDACION EDUCATIVA  
COORDINADOR ACADEMICO  
*[Firma]*  
Coordinador Académico





Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

**ANDRES FELIPE OTERO ROJAS**

*Con Tarjeta de Identidad No. 94.051.901.880*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral  
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

**TÉCNICO EN  
VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,  
a los diecisiete (17) días del mes de noviembre de dos mil once (2011)*

Firmado Digitalmente por  
JAI ME GARCIA DI MOTOLI  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

JAI ME GARCIA DI MOTOLI  
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

17/11/2011

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 930300765251194051901880C.



*La República de Colombia*

*El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre el*

*Colegio Colsubsidio  
San Vicente I. E. D.*

*Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital  
según Resoluciones No. 8769 del 5 de diciembre de 2001  
y 3104 del 25 de agosto de 2008.*

*Confiere a:*

*Andrés Felipe Otero Rojas*

*T.I. 940519-01880*

*el Título de:*

*Bachiller Académico*

*Por haber culminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Académica; (Artículo 28 Ley 115 de 1994 y Decreto 3011 de 1997);  
según los planes y programas vigentes.*

*Ramón Garavito Cuellar  
Rector*

*Sonia Del Pilar Estévez Amaya  
Secretaria Académica*

*Anotado al Folio No. 52 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 02*

*Dado en Bogotá, D.C., a los 12 días del mes de diciembre de 2011*

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994  
y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.*



REGIONAL DISTRITO CAPITAL  
CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA  
INFORMACION

## ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 8242380 - 10/07/2013

## EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

### CONSIDERANDO

Que: ANDRES FELIPE OTERO ROJAS, Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.933.111

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE  
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

## TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE MERCADOS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá a los diez (10) días del mes de julio de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por  
JAIME GARCIA DI MOTOLI  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

JAIME GARCIA DI MOTOLI

SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 930300305066CC1023933111.



# INTESCO CENTER

FUNDACIÓN EDUCATIVA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

PERSONERÍA JURÍDICA 2626 NIT: 900033789-9

Resolución N°. 1146 de 12 Abril/2011 - N°. 3189 de 30 de Sept./2011 - N°. 4040 de 23 de Dic./2011

## ACTA DE CERTIFICACIÓN No.19

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Veintiún(21) días del mes de Diciembre del año 2013, se llevó a cabo el acto de Certificación, presidido por el señor Norberto León Díaz Vera, Director de la Institución, Juan Alberto Pittore Cruz, Coordinador Académico y Lida Esperanza Rodríguez Santamaría, secretaria; en el cual la Institución Educativa de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano Intesco Center, autorizada para el efecto según resoluciones No.3189 - 4040 y 1146 de la Secretaria de Educación del Distrito Capital, confirió el Certificado de Aptitud Ocupacional en:

**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS A:**

**ANDRES FELIPE OTERO ROJAS**

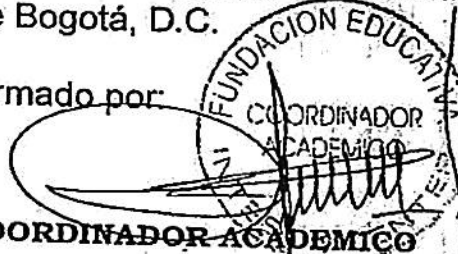
**Cédula de Ciudadanía No. 1.023.933.111 de Bogotá**

En la Especialidad de:  
**DISEÑO E IMÁGENES GRÁFICAS**

Quien cumplió con los requisitos académicos de 1.080 horas, con las exigencias establecidas en los reglamentos de la Fundación y normas vigentes de acuerdo al decreto 4904 de 2009, por lo cual se le otorgó el certificado que lo acredita como tal.

En fé de lo anterior se firma la presente Acta de Certificación en la ciudad de Bogotá, D.C.

Firmado por:

  
**COORDINADOR ACADÉMICO**

  
**SECRETARIA**

**Acta Individual de Grado  
Colegio Colsubsidio  
San Vicente I. E. D.**

Calle 34 Sur No. 8 - 40 Este Tels. 367 6564 - 367 6684  
Bogotá, D.C.

INSCRIPCION DANE 111001098825

REGISTRO ICFES-098442

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los doce (12) días del mes de diciembre de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado undécimo, los suscritos Rector y Secretaria Académica del COLEGIO COLSUBSIDIO SAN VICENTE I. E. D., Institución aprobada hasta nueva determinación en el nivel de Educación Media, y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resoluciones No. 8769 del 5 de diciembre de 2001 y 3104 del 25 de agosto de 2008.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de:

**Bachiller Académico**

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

**Andrés Felipe Otero Rojas**

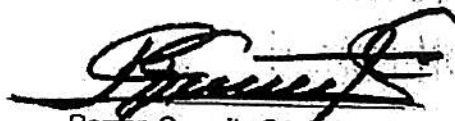
T.I. 940519-01880

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 11 del doce (12) de diciembre de 2011, que consta de 75 estudiantes; comienza con el nombre de AGUIRRE GOMEZ ANDREA PAOLA y termina con el nombre de ZAMORAFONSECA JOHON JAIDER.

Dada en Bogotá, D.C., a los doce (12) días del mes de diciembre de 2011.

No requiere registro ante la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

Firmas y Sellos



Ramon Garavito Cuellar  
Rector  
C.C. 19.219.343 de Bogotá



Sonia Del Pilar Estévez Amaya  
Secretaria Académica  
C.C. 52.828.094 de Bogotá

Andrés Felipe Otero Rojas  
T.I. 940519-01880

Bogotá D.C

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA).

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ANDRES FELIPE OTERO ROJAS 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:

TECNOLOGO EN GESTIOS DE MERCADOS

Cordialmente;

Firma

---

No. de documento: 1023933111

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: 1023933111

Teléfono: 3103482743

**EL DEPARTAMENTO DE NOMINA  
DE SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A.**

**CERTIFICA:**

Que **ANDRES FELIPE OTERO ROJAS** identificado(a) con cédula ciudadanía No 1.023.933.111 laboró para nuestra empresa desde el 19 de Diciembre de 2013 hasta el 08 de Noviembre de 2014, desempeñando el cargo de Operador Auxiliar.

La presente se expide en Floridablanca a solicitud del interesado a los once (11) días del mes de Noviembre de 2014.

Sistemas y Computadores S.A.  
NIT: 890.206.351-5  
**NOMINA**  
*Leydi Patricia López S.*  
**LEYDI PATRICIA LOPEZ SIERRA**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.933.111

OTERO ROJAS

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andres Otero



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1994

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A-

G.S. RH

M

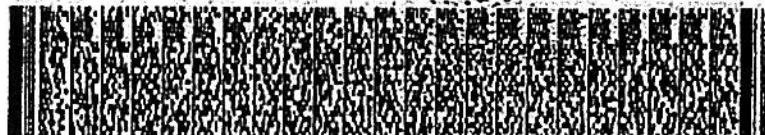
SEXO

29-MAY-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARDEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00384762-M-1023933111-20120628

0030359645A 1

38477593

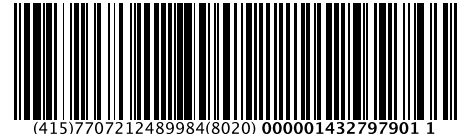
2. Concepto **01** Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14327979011



(415)7707212489984(8020) 000001432797901 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 3 9 3 3 1 1 1

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 2 3 9 3 3 1 1 1

27. Fecha expedición:

2 0 1 2 0 5 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

OTERO

32. Segundo apellido

ROJAS

33. Primer nombre

ANDRES

34. Otros nombres

FELIPE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 3 C 32 B 60 SUR

42. Correo electrónico:

otopipe17@gmail.com

43. Código postal

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1:

6 9 5 3 0 6 5

45. Teléfono 2:

3 1 0 3 4 8 2 7 4 3

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 2 2 0

**Actividad secundaria**

48. Código:

1 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 2 2 0

50. Código:

1 2

**Otras actividades**

1

2

**Ocupación**

51. Código

1 1

52. Número establecimientos

1 1

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 2         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
|           |          | 57. Modo |   |   |   |
|           |          | 58. CPC  |   |   |   |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 2 2 0

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RIVERA MUÑOZ YENY YASMIN

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

CONTRIBUYENTE NIT 1023933111-8 ANDRES FELIPE OTERO ROJAS

**Información General**

*Dirección* KR 3C 32B 60 SUR

*Teléfonos* 6953065/3103482743

*Dirección electrónica* ottopipe17@gmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 12/11/2015

*Soporte Inscripción* 21038205

*Fecha Inicio Actividades* 20/02/2015

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 15000243794



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1023933111

APELLIDOS Y NOMBRES  
OTERO ROJAS

ANDRES FELIPE

Perteneciente al Ejército de

|                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1ª LINEA<br>31 - DIC<br>2024 | 2ª LINEA<br>31 - DIC<br>2034 | 3ª LINEA<br>31 - DIC<br>2044 |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: 01 MAR 2013



COTE. DE DISTRITO

FUERZAS ARMADAS DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Lineamientos Especiales

- Este es un documento público y confidencial reservado para los reservistas de esta categoría.
- Celebrar contactos con cualquier entidad pública.
- Ingresar a la carrera administrativa.
- Tomar posesión de cargos públicos.
- Valerse para el profesional en cualquier centro de estudio de educación superior.
- Al salir de esta categoría de reservas de llamamiento especial o de movilización, tiene derecho a presentación automática en la lista de reserva para ser convocada al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



03346684

01 MAR 2013



Calle 95 114 45 2113 La Candelaria  
Tel: (1) 257 3211 - 257 3313  
Fax: 619 3031 Bogotá, D.C.  
www.gomezsociadosltda.com

### CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 21 / 11 / 2019  
Nombre Andrés Felipe Otero  
Identificación 1023933111  
Fecha de nacimiento 19/25/1994 Edad 25  
Cargo Factor  
Género MASCULINO ☒ FEMENINO ☐  
Empresa Subred Cerezo Orinda  
Empresa usuaria

#### EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

##### CONCEPTO

EX. INGRESO APTO OK APTO APLAZADO  APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO   
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES  CON RESTRICCIONES   
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO  NO SATISFACTORIO

INGRESO OK PERIÓDICO  EGRESO  OTRO

#### ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Subestructura  
VISIONMETRIA   
AUDIOMETRIA   
ESTRUCOMETRIA   
EXAMENES PARATÉCNICOS   
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES higiene personal, pausas  
de trabajo, uso de EPP, etc.

Médico

D. Camilo Rodríguez  
Médico Ocupacional  
C.R.M. 14838  
Identificación 11438  
Cédula 17838

Paciente

Andrés Felipe Otero  
Identificación 1023933111

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **ANDRES FELIPE OTERO ROJAS**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.023.933.111** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 631187234** **aperturada el 16 de mayo de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **07 días** del mes de **enero** del año **2019**.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0631187234**

Cuenta de 16 dígitos: **0631000200187234**

Cuenta de 20 dígitos: **00130631000200187234**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
**BBVA Colombia**

|  <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br><b>ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</b><br><b>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTES - PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                    |                                           | <b>CÓDIGO: ET-CA-FT-011</b><br><b>VERSIÓN: 02</b><br><b>FECHA: 2018-12-14</b>                                   |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>FECHA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2018-12-14                          | <b>CIUDAD:</b>                                                     | BOGOTA                                    | <b>DEPARTAMENTO:</b>                                                                                            | CUNDINAMARCA               |
| Disgustado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento de Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo. |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| PROVEEDOR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PARTICULAR <input type="checkbox"/> | CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>                | SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/> | OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                   | CUAL: <input type="text"/> |
| <b>I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>PRIMER APELLIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     | <b>SEGUNDO APELLIDO:</b>                                           |                                           | <b>PRIMER NOMBRE</b>                                                                                            |                            |
| OTERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | ROJAS                                                              |                                           | ANDRES                                                                                                          |                            |
| <b>SEGUNDO NOMBRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                    |                                           | FELIPE                                                                                                          |                            |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     | <b>No IDENTIFICACION</b>                                           |                                           | <b>LUGAR EXPEDICION</b><br>(Ciudad/Municipio)                                                                   |                            |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 1023933111                                                         |                                           | BOGOTA D.C.                                                                                                     |                            |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     | <input type="text"/>                                               |                                           | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                    |                            |
| <b>FECHA NACIMIENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | <b>LUGAR NACIMIENTO</b><br>(Ciudad/Municipio)                      |                                           | <b>PAIS NACIMIENTO</b>                                                                                          |                            |
| 1/7/94-05-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | BOGOTA D.C.                                                        |                                           | COLOMBIA                                                                                                        |                            |
| <b>NACIONALIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                    |                                           | COLOMBIANA                                                                                                      |                            |
| <b>ESTADO CIVIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                    |                                           | <b>PERSONA A CARGO</b>                                                                                          | <b>NUMERO DE HIJOS</b>     |
| SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> EN LIBRE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                    |                                           | 0                                                                                                               | 0                          |
| <b>TELEFONO CELULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                    |                                           | 3103482743                                                                                                      |                            |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> TECNICO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           | CUAL: <b>TECNOLOGO EN GESTION DE MERCADOS</b>                                                                   | <b>FACTURADOR</b>          |
| <b>DIRECCION RESIDENCIA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | <b>CIUDAD RESIDENCIA</b>                                           |                                           | <b>DEPARTAMENTO:</b>                                                                                            |                            |
| CRA 3C NO 32B-60 SUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     | BOGOTA D.C.                                                        |                                           | CUNDINAMARCA                                                                                                    |                            |
| <b>PAIS RESIDENCIA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                    |                                           | COLOMBIANA                                                                                                      |                            |
| <b>TELEFONO RESIDENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                    |                                           | 6953065                                                                                                         |                            |
| <b>CORREO ELECTRONICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     | <b>PORTAL O PAGINA INTERNET</b>                                    |                                           | <b>TIPO DE VIVIENDA</b>                                                                                         |                            |
| OTTOPIPE17@GMAIL.COM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                    |                                           | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/> |                            |
| <b>DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     | <b>CIUDAD:</b>                                                     |                                           | <b>DEPARTAMENTO:</b>                                                                                            |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>PAIS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                    |                                           | <b>TELEFONO/FAX</b>                                                                                             |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>2. DATOS DEL CONYUGE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>PRIMER APELLIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     | <b>SEGUNDO APELLIDO:</b>                                           |                                           | <b>PRIMER NOMBRE</b>                                                                                            |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>SEGUNDO NOMBRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     | <b>NUMERO IDENTIFICACION</b>                                       |                                           | <b>LUGAR EXPEDICION</b><br>(Ciudad/Municipio)                                                                   |                            |
| C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     | CUAL: <input type="text"/>                                         |                                           | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                    |                            |
| <b>NACIONALIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>ASALARIADO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     | <b>ESTUDIANTE</b> <input type="checkbox"/>                         |                                           | <b>HOJAR</b> <input type="checkbox"/>                                                                           |                            |
| <b>SOCIO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | <b>CONTRATISTA</b> <input checked="" type="checkbox"/>             |                                           | <b>PENSIONADO</b> <input type="checkbox"/>                                                                      |                            |
| <b>PROFESIONAL INDEPENDIENTE</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     | <b>EMPLADO</b> <input type="checkbox"/>                            |                                           | <b>EMPLEADO PUBLICO</b> <input type="checkbox"/>                                                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           | <b>OTRA</b> <input type="checkbox"/>                                                                            |                            |
| <b>INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     | <b>DECLARAR RENTA</b>                                              |                                           | <b>IVA</b>                                                                                                      |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                              |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     | <b>ICA</b>                                                         |                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                              |                            |
| <b>GRAN CONTRIBUYENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                           | <b>AGENTE RETENEDOR</b>                                                                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                              |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           | <b>AGENTE AUTORETENEDOR</b>                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                    |                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                              |                            |
| <b>CORREOS ELECTR. ACTIVIDAD ECONOMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| 8299 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |
| <b>PRINCIPAL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>SECUNDARIA:</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                    |                                           |                                                                                                                 |                            |

| SECRETARÍA DE SALUD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                                                                                                           |                                                                                               | CENTRO ORIENTE E.S.E.                                        |                                              |                                                      |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO<br>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTES - PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               | CÓDIGO: ET-CA-FT-011<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2018-12-14     |                                              |                                                      |                                       |
| <b>FUNCIONARIO PÚBLICO</b><br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             | <b>ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS</b><br><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |                                                                                               | <b>NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO</b>                              |                                              | <b>DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA</b> |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |                                              |                                                      |                                       |
| <b>ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                                                                           | <b>GOBIERNO</b> <input type="checkbox"/> <b>SERVICIOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> |                                                              | <b># NIT</b>                                 |                                                      | 900.959.051                           |
| <b>EXPORTACIONES</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>AGRICOLA</b> <input type="checkbox"/>    | <b>ENERGETICA</b> <input type="checkbox"/>                                                                | <b>FINANCIERA</b> <input type="checkbox"/>                                                    | <b>TRANSPORTE</b> <input type="checkbox"/>                   | <b>INDUSTRIAL</b> <input type="checkbox"/>   | <b>MEDICINARIOS</b> <input type="checkbox"/>         | <b>OTROS</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>OTRA</b> <input type="checkbox"/> CUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>DIRECCION DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             | <b>TELÉFONO</b>                                                                                           |                                                                                               | <b>CUIDAD/MUNICIPIO</b>                                      |                                              | <b>DEPARTAMENTO</b>                                  | <b>PAIS</b>                           |
| De 39 S 3 20 E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             | 3725610                                                                                                   |                                                                                               | BOGOTA D.C.                                                  |                                              | CUNDINAMARCA                                         | COLOMBIA                              |
| <b>CARGO ACTUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                                                                                                           | <b>APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION</b>                                |                                                              | <b>FECHA VINCULACION</b>                     |                                                      | 2015-02-19                            |
| <b>4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>NUMERO DE EMPLEADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>VENTAS ANUALES</b>                       | <b>CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA</b>                                                                         | <b>DESCRIPCION ACTIVIDAD</b>                                                                  |                                                              | <b>FECHA CONSTITUCION</b>                    | <b>TIPO SOCIEDAD</b>                                 |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>5. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>INGRESOS MENSUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             | <b>EGRESOS MENSUALES</b>                                                                                  |                                                                                               | <b>ACTIVOS</b>                                               | <b>PASIVOS</b>                               |                                                      |                                       |
| <b>SALARIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 1.620.000                                | <b>GASTOS FAMILIARES</b>                                                                                  | \$ 250.000                                                                                    | <b>AHORROS</b>                                               | \$ 20.000                                    | <b>SALDO HIPOTECA</b>                                |                                       |
| <b>HONORARIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             | <b>ARRIENDOS</b>                                                                                          | \$ 450.000                                                                                    | <b>INVERSIONES</b>                                           |                                              | <b>TARJETAS DE CREDITO</b>                           |                                       |
| <b>ARRIENDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             | <b>CUOTA VEHICULO</b>                                                                                     |                                                                                               | <b>VEHICULOS</b>                                             |                                              | <b>DEUDA VEHICULOS</b>                               |                                       |
| <b>COMISIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             | <b>CUOTA VIVIENDA</b>                                                                                     |                                                                                               | <b>PROPIEDADES</b>                                           |                                              | <b>DEUDAS TERCEROS</b>                               |                                       |
| <b>OTROS INGRESOS*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             | <b>OTROS EGRESOS*</b>                                                                                     | \$ 650.000                                                                                    | <b>OTROS ACTIVOS*</b>                                        |                                              | <b>OTROS PASIVOS*</b>                                |                                       |
| <b>TOTAL INGRESOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>\$ 1.620.000</b>                         | <b>TOTAL EGRESOS</b>                                                                                      | <b>\$ 1.350.000</b>                                                                           | <b>TOTAL ACTIVOS</b>                                         | <b>\$ 20.000</b>                             | <b>TOTAL PASIVOS</b>                                 | <b>\$ 0</b>                           |
| <b>DESCRIPCION OTROS INGRESOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             | <b>DESCRIPCION OTROS EGRESOS</b>                                                                          |                                                                                               | <b>DESCRIPCION OTROS ACTIVOS</b>                             | <b>DESCRIPCION OTROS PASIVOS</b>             |                                                      |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>SEMIESTRE DE UNIVERSIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>6. REFERENCIAS PERSONALES</b><br>(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>PRIMER APELLIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             | <b>SEGUNDO APELLIDO</b>                                                                                   |                                                                                               | <b>PRIMER NOMBRE</b>                                         | <b>SEGUNDO NOMBRE</b>                        |                                                      |                                       |
| MORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | RAMIREZ                                                                                                   |                                                                                               | MIGUEL                                                       | ANGEL                                        |                                                      |                                       |
| <b>DIRECCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             | <b>CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS</b>                                                                           |                                                                                               | <b>TIPO RELACION</b>                                         | <b>TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR</b> |                                                      |                                       |
| DIAG 5 ESTE No 3-01 SUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             | BOGOTA                                                                                                    |                                                                                               | AMIGO                                                        | 3212478461 - 2067952                         |                                                      |                                       |
| <b>7. REFERENCIA FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>NOMBRE ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | <b>TIPO DE PRODUCTO</b>                                                                                   |                                                                                               | <b>NUMERO</b>                                                | <b>SUCURSAL</b>                              | <b>TELÉFONO</b>                                      |                                       |
| BBVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | CUENTA AHORROS                                                                                            |                                                                                               | 631187234                                                    | BOGOTA                                       | 4276844                                              |                                       |
| <b>MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>NOMBRE ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | <b>TIPO DE PRODUCTO</b>                                                                                   |                                                                                               | <b>NUMERO</b>                                                | <b>PAIS/CUIDAD</b>                           | <b>MONEDA</b>                                        | <b>MONTO PROMEDIO</b>                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>IMPORTACION</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>EXPORTACION</b> <input type="checkbox"/> | <b>TRANSFERENCIAS</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>PRESTAMOS</b> <input type="checkbox"/>                                                     | <b>SERVICIOS</b> <input type="checkbox"/>                    | <b>OTROS</b> <input type="checkbox"/>        | <b>CUAL:</b>                                         |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| <b>8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / FONDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 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 E.S.E. provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| 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 modifique, ni de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que lo modifique, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.                                                                                                                      |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| 3. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. se destinarán 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 E.S.E. en el caso de infracción de cualquiera de las normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por violación del mismo.                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |
| 6. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                                                                                           |                                                                                               |                                                              |                                              |                                                      |                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p align="center"><b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br/> <b>ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</b><br/> <b>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b></p> | <p><b>CÓDIGO:</b> ET-CA-FT-011<br/> <b>VERSIÓN:</b> 02<br/> <b>FECHA:</b> 2018-12-14</p> |
| <p align="center"><b>9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| <p><b>Asalariado:</b> 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.<br/> <b>Pensionado:</b> Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.<br/> <b>Profesional Independiente/Contratistas por OPS:</b> 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 publico o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. <i>Nota:</i> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.<br/> <b>Socios Empresas:</b> 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.</p> <p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)<br/> 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.<br/> 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.<br/> 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.<br/> 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)<br/> 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)<br/> <b>APODERADO:</b> Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.<br/> <b>NOTA:</b> Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| <p><b>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.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| <p align="center"><b>CONSIDERACIONES</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| <p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo a 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.<br/> 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de su titular, la cual proviene de la Ley.<br/> 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.<br/> 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| <p align="center"><b>AUTORIZACION</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
| <p>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.</p> <p><b>Declaro expresamente:</b><br/> 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 nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.<br/> B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:<br/> 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servicio 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 de cuentas. i) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios. j) La elaboración de estudios de cuentas. k) Envío de información de clientes y encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o 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) Envío de información de clientes y encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o 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. m) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. n) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. o) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. p) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. q) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. r) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. s) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. t) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. u) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. v) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. w) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. x) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. y) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. z) El control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.<br/> 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p><b>3. USUARIOS DE LA INFORMACION:</b> Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.<br/> <b>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:</b> Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.<br/> <b>5. DATOS SENSIBLES:</b> 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.<br/> <b>6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:</b> Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|-------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|-------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|-----------|--|--------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
|  <p>         Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>         Centro Oriente E.S.E.       </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br><b>ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</b><br><b>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</b> | <b>CÓDIGO:</b> ET-CA-FT-011<br><b>VERSIÓN:</b> 02<br><b>FECHA:</b> 2018-12-14       |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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 (<i>Diagonal 4 No. 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: <a href="mailto:satlas@subredcentrooriente.gov.co">satlas@subredcentrooriente.gov.co</a></i>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<b>INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</b>).</p> <p>9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (<a href="http://www.subredcentrooriente.gov.co">www.subredcentrooriente.gov.co</a>) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".</p> |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| <b>IX. FIRMA Y HUELLA</b><br>COMO CONSTANCIA DE HABER LIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ANTERIOR, DE CADA UNA DE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| <br>Firma Cliente / Representante Legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     | Huella Índice Derecho                                                               |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| <b>X. INFORMACION DE ENTREVISTA</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1. Fecha</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">2. Ciudad</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>3. Nombre del funcionario o Asesor:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>4. Lugar de la Entrevista:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>5. Observaciones:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>6. Resultado de la Entrevista:</td> <td>           ACEPTADO <input type="checkbox"/> </td> <td>           RECHAZADO <input type="checkbox"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Firma y Cédula</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                     | 1. Fecha                                                                            |  | 2. Ciudad |  | 3. Nombre del funcionario o Asesor: |  |  |  | 4. Lugar de la Entrevista: |  |  |  | 5. Observaciones: |  |  |  | 6. Resultado de la Entrevista: | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |  | 7. Firma y Cédula |  |  |  | <b>XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1. Fecha</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">2. Ciudad</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>3. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>4. Lugar de la verificación:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>5. Observaciones:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>6. Firma y cédula:</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> | 1. Fecha |  | 2. Ciudad |  | 3. Nombre y Cargo de quien verifica: |  |  |  | 4. Lugar de la verificación: |  |  |  | 5. Observaciones: |  |  |  | 6. Firma y cédula: |  |  |  |
| 1. Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     | 2. Ciudad                                                                           |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 3. Nombre del funcionario o Asesor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 4. Lugar de la Entrevista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 5. Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 6. Resultado de la Entrevista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACEPTADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   | RECHAZADO <input type="checkbox"/>                                                  |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 7. Firma y Cédula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 1. Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     | 2. Ciudad                                                                           |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 3. Nombre y Cargo de quien verifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 4. Lugar de la verificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 5. Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |
| 6. Firma y cédula:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |  |           |  |                                     |  |  |  |                            |  |  |  |                   |  |  |  |                                |                                   |                                    |  |                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |  |           |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |  |                   |  |  |  |                    |  |  |  |



## Certificado de Afiliación

El Señor Andres Felipe Otero Rojas , identificado con Cédula Ciudadanía 1.023.933.111, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

### Información del Afiliado:

|                                 |                           |                       |                                |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Nombre:                         | Andres Felipe Otero Rojas | Tipo Identificación:  | Cédula Ciudadanía              |
| Número de identificación:       | 1023933111                | Fecha de retiro:      |                                |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):  | 19/04/2001                | Razón de estado:      | Al día - empleador pago al día |
| Estado actual:                  | VIGENTES                  | Nombre de Régimen     | CONTRIBUTIVO                   |
| Tipo de Afiliado:               | COTIZANTE                 | Municipio residencia: | Bogotá D.C.                    |
| Dirección actual de residencia: | CRA 3 N 32 B 60 SUR       | Depto. Residencia:    | Bogota D.C.                    |
| Teléfono actual de residencia:  | 6953065                   |                       |                                |

| Documento Aportante | Razón Social              | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---------------------|---------------------------|--------------|-----------|
| 1023933111          | OTERO ROJAS ANDRES FELIPE | 01/02/2015   |           |

### Información de los beneficiarios:

| Tipo de Afiliado | Identificación | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Parentesco |
|------------------|----------------|----|--------|------------------|--------|--------------|------------|
|------------------|----------------|----|--------|------------------|--------|--------------|------------|

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 10 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

**\*\*INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION\*\***

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.**

CORDIALMENTE

**NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO**

Coordinador Nacional de Operaciones

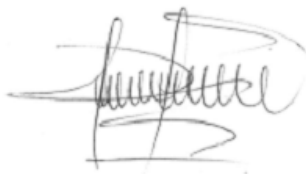
Elaboro:

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANDRES FELIPE OTERO ROJAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1023933111**, se encuentra afiliado (a) desde **03/01/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de diciembre de 2018.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

**POSITIVA**  
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**  
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que ANDRES FELIPE OTERO ROJAS, con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.933.111, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/12/2016 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de Noviembre de 2017.

Cordialmente



Hugo Ernesto Huiza  
Gerencia de Afiliación y Novedades.

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 119025079



WEB

19:10:27

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de diciembre 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) ANDRES FELIPE OTERO ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023933111:

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 GONZALEZ  
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 lunes 10 de diciembre de 2018, a las 19:07:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1023933111             |
| Código de Verificación | 1023933111181210190726 |

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., 10 de Diciembre de 2018 - 19:06 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 VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO ONCE**

**1023933111**

**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.

**ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://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](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12\_ZR8DN\_0619**

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:28:26 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1023933111**

Apellidos y Nombres: **OTERO ROJAS ANDRES FELIPE**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41  
(Paloquemao). Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes  
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y  
2:00 pm - 5:00 pm  
Línea de Atención al Ciudadano -  
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112  
Resto del país: 018000 910 112  
Requerimientos ciudadanos 24  
horas  
Fax (571) 5159581 - E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en  
Línea

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **ANDRES FELIPE OTERO ROJAS**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.023.933.111** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 631187234** apertura el **16 de mayo de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **14** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

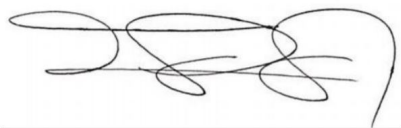
Cuenta de 10 dígitos: **0631187234**

Cuenta de 16 dígitos: **0631000200187234**

Cuenta de 20 dígitos: **00130631000200187234**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*