

1. Registrar usuario

2. Confirmar Registro

3. Crear o solicitar acceso a una Entidad

VALIDAR SI MI ENTIDAD YA EXISTE

Pais de mi Entidad : COLOMBIA

Nombre de la Entidad : WILSON YESID ALGARRA

NIT : 79219488

Validar de nuevo

Han sido encontradas en el sistema las siguientes Entidades:



WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
COLOMBIA | Soacha NIT: 79219488

✓ Usted es un miembro de esta empresa



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ALGARRA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BOHORQUEZ	NOMBRES WILSON YESID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79219488	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 2097246 D.M. 59		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES JUL AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 9 ESTE No 38 23 CASA 219 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 2091480 EMAIL wilsonalgarra17@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 ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2003



HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24-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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 9 MES 3 AÑO 2017		DÍA 9 MES 10 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Técnico de Glosas y Soat	Cuentas Medicas	Calle 22 sur 8 a 13	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASD UT FOSYGA 2014		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3402501 - 2856650	DÍA 22 MES 11 AÑO 2016		DÍA 21 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ANALISTA DE RECOBROS	CUENTAS MEDICAS	CALLE 32 No 1007	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL BOSA II NIVEL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitalbosa@esebosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7764128	DÍA 2 MES 4 AÑO 2012		DÍA 10 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TeCNICO GLOSAS	GLOSAS	CALLE 65 D SUR 79 C 90	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24-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 HOSPITAL VISTA HERMOSA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalvistahermosa@vistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 1 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO TECNICO DE CUENTAS MEDIAS	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN CALLE 67 A SUR 18 C 12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD facturacion@eserafaeluribe.gov.co	
TELÉFONOS 2095002	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 1 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 1 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO TeCNICO DE FACTURACIOn	DEPENDENCIA FACTURACIOn	DIRECCIÓN CARRERA 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ENGATIVA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atenusuario@hospitalengativa.gov.co	
TELÉFONOS 2913300	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 9 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE FACTURACIOn	DEPENDENCIA FACTURACIOn	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 100 A 80 A 50	

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	8	10
PRIVADO	0	2



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24-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	9	1

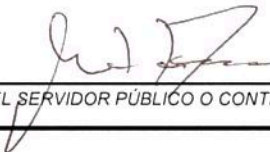
5

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).

Bogotá 24/12/2018.
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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 24-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79219488 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Soacha

Dirección CARRERA 9 ESTE No 38 23 CASA 219

Teléfonos 3114856954 2091480

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
AXL ESTEBAN ALGARRA TORRES	1007157107	HIJO(A)
THOMAS ALGARRA TORRES	1023386931	HIJO(A)

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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 19.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 19.000.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	05368517412	20 DE JULIO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CASA	\$ 50.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	CASA Y CARRO	\$ 70.000.000,00

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

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

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

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. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia y en su nombre la

FEE ESTUDIO EMPRESARIAL

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Acuerdo No. 153 de 21/05/2009 de la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud
Resolución No. 13-0126 de 17/12/2009 Secretaría de Educación. Sede: Cra. 15 No. 33A-32
Resolución No. 02-0001 de 04/01/2010 Secretaría de Educación. Sede: Avenida Caracas No. 45-22

Otorga Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

a :

Wilson Desid Algarra Bohórquez

Identificado(a) con C.C. o C.J. No. 79.219.488 Expedida en Soacha

Quien cursó y aprobó el programa

Técnico Laboral

Auxiliar Administrativo en Salud

Con una duración de 1.600 Horas

Registro Interno Acta No. 045 Libro No. 03

Dado en Bogotá, D. C., a los 29 días del mes de Abril de 2016

Claudia Rossana Prada Lajon
Claudia Rossana Prada Lajon
Director (a)

Dora E. García Quiroga
Dora E. García Quiroga
Secretaria



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
Secretaría de Educación de Cundinamarca

Y en su nombre el

Centro Educativo Sua
Soacha - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
según Resolución No. 000736 del 09 de Agosto de 1999

Confiere a

Algarra Bohorquez Wilson Yesid

Identificado(a) con C.C. 79219488 Soacha Cundinamarca

El Título de:

Bachiller Académico

Por cuanto culminó satisfactoriamente el nivel de Educación media de
Acuerdo con la Ley 115 de 1994, el Decreto 1860 de 1994 en concordancia
Con el P.E.J. por lo tanto es competente para cursar estudios de

Educación Superior

Rector (a)

Secretaria



F E E ESTUDIO EMPRESARIAL

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Acuerdo No. 153 de 21/05/2009 de la Comisión Intersectorial
Para el Talento Humano en Salud
Resolución No. 13-0126 de 17/12/2009. Sede: Cra. 15 No. 33A-32
Resolución No. 02-0001 de 04/01/2010. Sede: Avenida Caracas No. 45-22

Acta de Certificación

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de Abril de 2016, se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes de último nivel, los suscritos Director(a) y Secretaria de la FEE, Institución aprobada y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D. C., para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, según Acuerdo No. 153 de Mayo 21 de 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Resolución No. 13-0126 de 17/12/2009. Sede: Cra. 15 No. 33A-32 Resolución No. 02-0001 de 04/01/2010. Sede: Avenida Caracas No. 45-22

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron el Programa TÉCNICO LABORAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD se procedió a otorgar EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS al estudiante cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

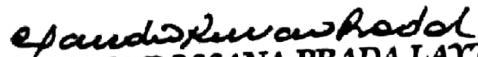
Wilson Yesid Algarra Bohórquez

Identificado con C.C o T.I. No. 79.219.488 Expedida en Soacha

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 045 de fecha Abril 29 de 2016, que consta de 12 alumnos, que comienza con el nombre de ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID y se cierra con el nombre de VELASCO SÁNCHEZ FROILAN.

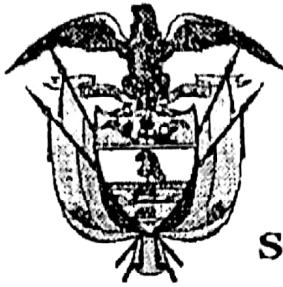
Firmada y sellada por CLAUDIA ROSSANA PRADA LAYTON, Director(a) y DORA E. GARCIA QUIROGA, Secretaria

Dada en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de Abril de 2016


CLAUDIA ROSSANA PRADA LAYTON
C.C. No. 63.341.678 de Bucaramanga
Director(a)


DORA E. GARCIA QUIROGA
C.C. No. 28.191.393 de Jesús María S.S.
Secretaria

CARRERA 15 No. 33A-32 · TELÉFONO: 287 28 97 -Av. Caracas No. 45 - 22 - TELEFONO: 323 25 59 BOGOTÁ, D.C.



Folio No. 3

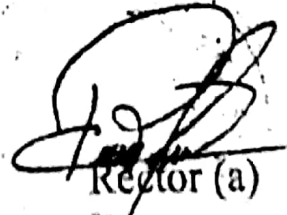
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional
Secretaría de Educación de Cundinamarca
y en su nombre el
CENTRO EDUCATIVO SUA
Soacha - Cundinamarca
expede y registra la siguiente

ACTA DE GRADO

Rector (a) y Secretaría de este establecimiento educativo, en uso de sus facultades legales y considerando que el alumno (a) **Algarra Bohorquez Wilson Yesid** Identificado(a) con C.C. No. **79.219.488 expedida Soacha (Cund.)**.
Cumplió con los requisitos académicos, aprobando los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, por lo cual se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico con énfasis en "Gestión Empresarial".
Es fiel copia tomada del Acta General de grado No. 09 del día 7 de Diciembre del año 2003 , que contiene 133 alumnos, encabezados con el nombre de **Acosta Cano Diana Paola** y se cierra con el nombre de **Zambrano Plaza Luis Mauricio**.

Como constancia se firma en el Municipio de Soacha - Cundinamarca, a los 7 días del mes de Diciembre del año 2.003


Rector (a)


Secretario (a)



Universidad del

Rosario

**LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y FORMACIÓN CONTINUA**

Otorgan el presente

Certificado

A WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ

Por su asistencia y participación en el **SEMINARIO EN COMUNICACIÓN ASERTIVA, LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO**, realizado el 17 de diciembre de dos mil quince (2015), con una intensidad de ocho (8) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015).

G. Quintero

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.

Decano

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Diana María Gutiérrez

DIANA MARÍA GUTIÉRREZ C.

Directora

Formación Continua

Bogotá D.C

Señores:

FORMACION DE ESTUDIO EMPRESARIAL FEE

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ 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:

TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD

Cordialmente;

Firma



No. de documento: 79.219.488 de Soacha

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Carrera 9 este No 38 - 23

Teléfono: 3114856954



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Rosa
Subred Sur Occidente E. S. E.

SATHC 252 /16

**EL SUSCRITO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
CERTIFICA QUE:**

El Sr. **WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.219.488 de Bogotá, presta sus servicios en calidad de contratista **TECNICO ADMINISTRATIVO – REVISOR DE CUENTAS MEDICAS**, mediante la modalidad de prestación de servicios, a continuación se relacionan los contratos que ha suscrito con la entidad:

CONTRATOS Nos.	VALORES	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
AD-117/12	\$ 658.194	02 ABR /2012	15 ABR /2012
AD-160/12	\$2.115.624	16 ABR /2012	31 MAY /2012
AD-219/12	\$1.410.416	01 JUN /2012	30 JUN /2012
AD-275/12	\$1.175.347	03 JUL /2012	27 JUL /2012
ADICION Y PRORROGA	\$ 141.042	27 JUL /2012	31 JUL /2012
AD-296/12	\$1.410.416	01 AGOS /2012	31 AGOS /2012
AD-344/12	\$1.410.416	01 SEPT /2012	30 SEPT /2012
AD-396/12	\$1.410.416	01 OCT /2012	31 OCT /2012
AD-449/12	\$1.410.416	01 NOV /2012	30 NOV /2012
AD-503/12	\$1.410.416	01 DIC /2012	31 DIC /2012
AD-1/13	\$5.641.664	01 ENE /2013	30 ABR /2013
ADICION	\$ 500.000	04 ABR /2013	
AD-83/13 Y ADICION	\$3.320.832	01 MAY /2013	30 JUN /2013
AD-145/13	\$1.910.416	01 JUL /2013	31 JUL /2013
AD-197/13	\$1.440.277	01 AGOS /2013	20 AGOS /2013
AD-253/13	\$3.757.151	02 SEPT /2013	31 OCT /2013
AD-304/13	\$3.820.832	01 NOV /2013	31 DIC /2013
AD-1/14	\$1.910.416	02 ENE /2014	31 ENE /2014
AD-50/14	\$1.910.416	01 FEB /2014	28 FEB /2014
AD-100/14	\$1.910.416	01 MAR /2014	31 MAR /2014
AD-146/14	\$1.910.416	01 ABR /2014	30 ABR /2014
AD-198/14	\$4.457.637	01 MAY /2014	31 JUL /2014
AD-255/14	\$5.731.248	01 AGOS /2014	31 OCT /2014
AD-329/14	\$1.910.416	01 NOV/2014	30 NOV /2014
AD-423/14	\$1.783.055	03 DIC/2014	31 DIC /2014
AD-1/15	\$1.910.416	01 ENE /2015	31 ENE /2015
AD-49/15	\$1.910.416	01 FEB /2015	28 FEB /2015
AD-96/15	\$5.810.337	01 MAR /2015	31 MAY /2015
AD-169/15	\$1.936.779	01 JUN /2015	30 JUN /2015
AD-212 /15	\$1.936.779	01 JUL /2015	31 JUL /2015
AD-257 /15	\$1.936.779	01 AGOS /2015	31 AGOS /2015

SEDE HOSPITALARIA
Calle 65D Sur No. 79C-90
Tel. 776 40 38/4003
Telefax: 780 19 60

SEDE CONSULTA EXTERNA
Calle 65 Sur No. 80H-44
Tels. 776 41 90 / 776 26 32

www.esebosa.gov.co
Información: Línea 195



HOSPITAL ROSA
SUBRED SUR OCCIDENTE E. S. E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Rosa - Subred Sur Occidente E. S. E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD

Hospital Rosa
Subred Sur Occidente E.S.E.

AD-305 /15	\$1.936.779	01 SEPT /2015	30 SEPT /2015
AD-352 /15	\$3.873.558	01 OCT /2015	30 NOV /2015
AD-411 /15	\$1.936.779	01 DIC /2015	31 DIC /2015
AD-003 /16	\$5.810.337	01 ENE /2016	31 MAR /2016
AD-073 /16	\$1.936.779	01 ABR /2016	30 ABR /2016
AD-120 /16	\$1.936.779	01 MAY /2016	31 MAY /2016
1ª ADICION	\$3.873.558	01 JUN /2016	31 JUL /2016

En ningún caso estos contratos generan vínculo laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable, se expide a solicitud del interesado, el día jueves nueve (09) de Junio de dos mil dieciséis (2016).

CARLOS EDUARDO DURAN TORRES

	NOMBRES	CARGO	FIRMA
Elaborado por	Liliana Gómez Cárdenas	Secretaria	
Revisado por	Adriana Cancino Reyes	Profesional de Talento Humano.-	
Revisado por	Lina Marcela Vargas Duque	Profesional de Contratación	

Para cualquier información o confirmación favor comunicarse al teléfono 7764128 Oficina de Talento Humano.

SEDE HOSPITALARIA
Calle 65D Sur No. 79C-90
Tel.: 776 40 38/4003
Telefax: 780 19 60

SEDE CONSULTA EXTERNA
Calle 65 Sur No. 80H-44
Tels.: 776 41 90 / 776 26 32

www.esebosa.gov.co
Información, Línea 195



HOSPITAL ROSA
SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

SECRETARÍA DE TALENTO
HUMANO ROSA - SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.



LA GERENTE
DEL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA:

Que verificados los archivos que reposan en la oficina de contratación se encontró que el señor **ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.219.488 de Soacha, ha suscrito los siguientes contratos por prestación de servicios:

CONTRATO No.	DURACIÓN								VALOR
0785-2010	18	Ene	2010	Al	15	Feb	2010		\$1.540.000
1578-2010	18	Feb	2010	Al	15	May	2010		\$5.980.800
AD. 1578-2010	16	May	2010	Al	15	Jun	2010		\$600.000
2381-2010	21	Jun	2010	Al	31	Ago	2010		\$3.738.000
4303-2010	01	Sep	2010	Al	15	Oct	2010		\$2.242.800
4681-2010	16	Oct	2010	Al	31	Dic	2010		\$3.738.000

OBJETO DEL CONTRATO: GESTOR EN PREAUDITORIA Y RADICACIÓN DE CUENTAS.

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

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los tres (03) días del mes de noviembre del año dos mil diez (2010).

Atentamente,


ESMIT TORRES MONRRAS
Gerente

Certificación Laboral

El Departamento Administrativo certifica que el o (la) Señor(a) Algarra Bohorquez Wilson Yesid identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 79219488 laboró como Apoyo Temporal en el desarrollo de sus actividades, mediante la labor desarrollada, contratada directamente por la empresa de Servicios Temporales como colaborador en misión a través de un contrato a término fijo inferior a un año y/o por duración de la obra o labor determinada así:

F. Ingreso	F. Retiro	Cargo	Salario	Empresa Usuaría
01/07/2009	17/01/2010	TECNICO ADMINISTRATIVO	\$900.000,00	Hospital Rafael Uribe Uribe

Para constancia de lo anterior se firma el 25/11/2010 en la ciudad de Bogotá

Atentamente,

Departamento Administrativo.

Su código de confirmación es: dc3XCTec

Para confirmar la autenticidad de esta información usted puede ingresar a www.serviasesorias.com.co opción: Consulta, Documentos (derecha arriba) y citar el código anexo.

Confirmaremos con usted la fecha de impresión, el documento respectivo y el último salario devengado.

En caso de que los datos no concuerden o el sistema los rechace, por favor confirmar a los telefonos ubicados en la parte inferior.

La confirmación de este desprendible solo se hará sobre fechas de impresión de un año. Pasada esta fecha, su confirmación se eliminará de nuestra base de datos.

CALI CALLE 25A Norte No. 4N-11 - FAX: 524 6666 - FAX: 644 8426 - CEL: 315 550 1819 - syaca@serviasesorias.com.co / PEREIRA CALLE 2 No. 12-25 - TELS: 331 6245/37 FAX: 331 6237 - CEL: 315 5758582 - syaperota@serviasesorias.com.co / MEDELLIN CRA. 69 No. 46B-45 - TELS: 260 8727 - FAX: 260 7663 - CEL: 315 575 5578 - syamedellin@serviasesorias.com.co / BOGOTÁ, D.C. CRA. 6 No. 46-23 - P.B.X.: 323 0622 - FAX: 2327331 - CEL: 315 5759578 - syabogota@serviasesorias.com.co / BARRANQUILLA CALLE 70 No. 53-05 Of. 10 - C.C. LOS ROBLES - TELEFAX: 345 6521 - CEL: 315 575 9581 - syalbquilla@serviasesorias.com.co / IBAGUÉ CALLE 12 No. 2 - 70 Oficina 305 - Edificio el Molino Centro - TEL: 281 0128 - 283 2133 - syalbaque@serviasesorias.com.co / BUCARAMANGA CALLE 36 No. 15-18 Oficina 604 TEL: 642 5170 - syalbuzanga@serviasesorias.com.co

www.serviasesorias.com.co

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS
Certification



IN: C0017073 / C0033067 / C0033051

**GRUPO SOLGENSA INVERSIONES
G. L. G. S.A.**

NIT 900.032.695-0

CERTIFICA QUE:

El Señor (a) **WILSON ALGARRA BOHORQUEZ** Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía Número **79219488** de Soacha, laboro con nuestra compañía, en el Cargo de **ANALISTA CUENTA SENIOR EXTERNO** en el Hospital Rafael Uribe Uribe, desde el día primero de Abril de 2009 hasta el treinta de Junio de 2009 con una compensación salarial de **NOVESCIENTOS MIL PESOS (\$900.000)** MCTE mensuales mas auxilio de transporte, por un termino de duración de una labor contratada especifica y determinada; desempeñando las funciones que enunciamos a continuación:

- Realización de auditoria administrativa a la documentación recibida de acuerdo a la normatividad vigente.
- Elaboración y validación de manejo de bases de datos (RIPS).
- Recepción de reclamaciones de los analistas.
- Representar a la empresa en labores especificas.
- Realizar auditoria concurrente y recurrente previa documentación recibida diseccionándola dentro de la institución como es requerida.
- Consolidar las facturas en cuenta de cobro para la presentación a las diferentes EAPB dentro de los términos establecidos en la norma.
- Archivar los soportes de las reclamaciones presentadas.
- Promover y mantener la excelencia de la auditoria en el manejo de facturación para clientes antiguos y nuevos.
- Llevar un registro detallado de las fechas de presentación de las reclamaciones de cada uno de los clientes.
- Aplicar el proceso de facturación en el marco de la normatividad vigente y de acuerdo al manual de proceso.
- Aplicar mecanismos oque permitan obtener el 0% de glosa del valor total radicado.
- Entregar informes solicitados al Líder de Gestión en Facturación y área Financiera.

**Cra. 51 No. 96-23 Tel: 5 33 07 70 - 5 33 66 92
Bogotá - Colombia**

- Contestar las objeciones efectuadas por las diferentes EAPB según la normatividad vigente y la del FFD en los tiempos establecidos contractualmente con la firma interventora.
- Realizar el seguimiento correspondiente a los planes de mejoramiento presentados a los entes de control.
- Diligenciar mensualmente los indicadores implementados para el área en cada una de las actividades para dar cumplimiento al sistema de acreditación.
- Reportar inmediatamente si se presenta inconsistencia en el proceso de facturación y el plan de mejoramiento a seguir para subsanar el error.
- Promover y mantener la excelencia de la auditoria en el manejo de facturación, para los clientes antiguos y nuevos; Entre otras.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), a los veintitrés (23) días del mes de Noviembre del dos mil nueve (2009).

Atentamente,



**GRUPO SOLGENSA
INVERSIONES GLG S.A.**
NIT. 900.032.695-0

LUZ DARY ACEVEDO CALDERON
Coordinadora Administrativa y Financiera
Financiera@gruposolgenssa.com



**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE CORPORATIVOS DE COLOMBIA
"CORPOCOL"**

HACE CONSTAR QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor (a) **ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No.79.219.488, asociado (a) de CORPOCOL desde el 25 de Septiembre de 2008 hasta el 14 de Enero de 2009, prestó sus servicios como **TECNICO EN FACTURACION**, en el área FACTURACION, en la empresa cliente HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE.

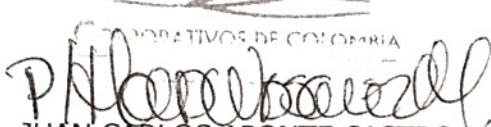
Su convenio de asociación y los servicios que presta están regulados por la Ley 79 de 1998 y el Decreto 4588 de 2006.

La vinculación del asociado es por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Esta constancia se expide a petición del asociado (a) a los 24 días del mes de Noviembre de 2009.

Cordialmente,


CORPORATIVOS DE COLOMBIA
JUAN CARLOS APONTE CASTRO
Representante legal
NIT. 830104878-8

PROMOVIENDO

COOPERATIVA DE SERVICIOS EMPRESARIALES C.T.A.



NIT. 832.006.190-7

EL SUSCRITO JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS EMPRESARIALES EN PROMOVIENDO CTA

CERTIFICA:

Que el señor **WILSON ALGARRA** identificado con cédula de ciudadanía número 79.219.488, se encuentra vinculado como trabajador asociado de la Cooperativa bajo la modalidad de Convenio de Asociación, por termino indefinido, desempeñando el cargo de **TECNICO DE FACTURACION** con una Compensación Total de \$1.200.000, en el Centro de Trabajo Hospital Rafael Uribe Uribe, desde el 16 de enero de 2009.

Se expide a solicitud del interesado a los 20 días de marzo de 2009.

Cordialmente,

MARÍA ANDREA RODRIGUEZ G.
Jefe de Recursos Humanos



AD-1052

392433



PROMOVRIENDO

Cooperativa de Trabajo Asociado

LA SUSCRITA PSICOLOGA DE SELECCION DE LA COOPERATIVA DE
TRABAJO ASOCIADO PROMOVRIENDO "PROMOVRIENDO C.T.A."
NIT. 830.099.825-6

CERTIFICA QUE:

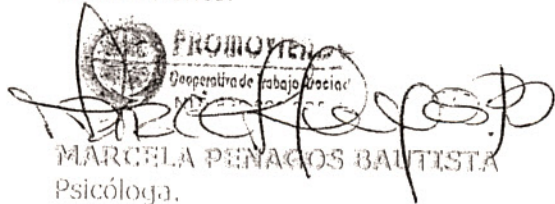
Que una vez verificados los registros correspondientes del (la) señor (a)
WILSON YESTO ALGARRA BOTORQUEZ identificado (a) con cédula de
ciudadanía No. 79219433, Fue asociado(a) de la cooperativa
PROMOVRIENDO CTA, Desde el 01 de febrero de 2008 hasta el 22 de
septiembre de 2008. Prestó sus servicios como **AUXILIAR DE
FACTURACION**. En nuestra empresa cliente **HOSPITAL ENGATIVA II
NIVEL**.

Estuvo afiliado a caja de compensación: COLSUBSIDIO.

Su convenio de asociación y los servicios que prestó están regulados por la ley
79 de 1998 y el decreto 468 de 1990.

Se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mayo de 2009.

Cordialmente,


MARCELA PENAGOS BAUTISTA
Psicóloga.

Carrera 29 No. 39- 65 Barrio La Soledad Teléfonos: 3681103 /04 Fax 3681100
Promoviendo@hotmail.com



BUSINESS
PROCESS
OUTSOURCING

INFORMATION
TECHNOLOGY
OUTSOURCING

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA DEL
GRUPO ASESORÍA EN SISTEMATIZACIÓN DE DATOS - GRUPO ASD S.A.S
NIT No. 860.510.031-7

HACE CONSTAR

Que el señor(a) **ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **79.219.488** de Soacha, laboró en nuestra Compañía desde el día Veintidós (22) de Noviembre del año Dos mil dieciséis (2016) hasta el día Veintiuno (21) de Febrero de Dos mil diecisiete (2017) bajo la modalidad de Contrato a Terminio Fijo, desempeñándose como **ANALISTA DE RECOBROS**.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los Dos (02) días del mes de Marzo del año Dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,



Dirección
Ana Maria Valderrama Jara
ANA MARIA VALDERRAMA JARA
Directora de Gestión Humana



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79219488

ALGARRA BOHORQUEZ
APELLIDOS

WILSON YESID
NOMBRES

WILSON ALGARRA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1982
SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

05-OCT-2000 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1524700-39093393-M-0079219488-20010720

0317201199A 01 078225066

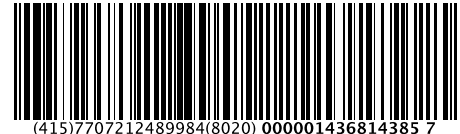
2. Concepto Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14368143857



(415)7707212489984(8020) 000001436814385 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 9 2 1 9 4 8 8

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de Identificación:

7 9 2 1 9 4 8 8

27. Fecha expedición:

2 0 0 0 1 0 0 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

29. Departamento:

Cundinamarca

30. Ciudad/Municipio:

Soacha

31. Primer apellido

ALGARRA

32. Segundo apellido

BOHORQUEZ

33. Primer nombre

WILSON

34. Otros nombres

YESID

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CR 79 47 22 SUR

42. Correo electrónico:

wilsonaxl@hotmail.es

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 1 4 8 5 6 9 5 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 7 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

5 6 1 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 7 0 2 0 5

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

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:

61. Fecha: 2 0 1 6 0 4 1 2

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 ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 79219488 WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ

Información General

Dirección KR 79 47 22 SUR
Teléfonos 3114856954
Dirección electrónica WILSONAXL@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/07/2016
Soporte Inscripción 16266663
Fecha Inicio Actividades 01/02/2007
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: 17001799232

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 79219488

APELLIDOS Y NOMBRES
ALGARRA BOHORQUEZ
WILSON YESID

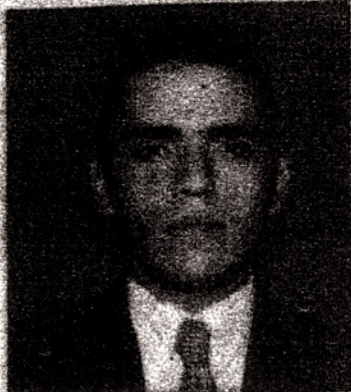
PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC 2012	31 - DIC 2022	31 - DIC 2032

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP: **22-NOV-2006**


CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

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



2097246

EJ ANI 983

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL



Salud Ocupacional

CMO-02-2016

Salud integral Empresarial

FECHA DIA MES AÑO
16/7/2016

Ciudad: Bogotá D.C.

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE (Tipo documento de Identidad, C.C. Cedula de Ciudadanía, C.E. Cedula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres: Algarín Bohórquez Wilson Yerd Edad (años): 34 Documento de Identidad: 99219488

Razón social de la empresa que lo contrató o contratara: Subred integral de Servicios de ESE Razón social de la empresa en la que labora, laborara o laboro: ESE

Nombre centro de trabajo o sede de trabajo: Bosa Cargo: Técnico de Glorias

Tipo de examen médico ocupacional (Marque con una X una de las siguientes opciones)

☒ Pre-ingreso ☐ Post-incapacidad ☐ Periodico ☐ Egreso (Diligencia desde el ítem 3)
☐ Reintegro ☐ Cambio de ocupación ☐ Otro:

2. EXAMEN DE INGRESO- POSTINCAPACIDAD-PERIODICO-REINTEGRO-CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD (Marque con X una de las siguientes opciones) REQUISITOS DE SALUD Marque con X el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

Apto sin restricciones para el cargo	☒	Trabajo en alturas	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Apto con recomendaciones para el cargo	☐	Manipular Alimentos	☐	☐	☐	☒
Apto con restricciones para el cargo	☐	Brigadista	☐	☐	☐	☒
Aplazado	☐	Otros	☐	☐	☐	☒

Motivo de aplazamiento (aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono Aplazado)

RESTRICCIONES Aplica en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono con restricciones para el cargo, o cuando NO cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o más tipos de trabajos. Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una X en la casilla Correspondiente, según sea T, temporal o P, permanente.

Cual(es)?	Condiciones o funciones/Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Recomendaciones

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRÁCTICADOS:

	SI	NO		SI	NO
Examen Médico	☒	☐	Examen de Laboratorio	☐	☒
Audiometría	☐	☒	¿Cual(es)?		
Espirometría	☐	☒	Radiología	☐	☒
Visiometría	☐	☒	¿Cual(es)?		
Examen Optométrico	☐	☒	Valoración por Especialistas	☐	☒
Electrocardiograma	☐	☒	¿Cual(es)?		
			Otros	☐	☒
			¿Cual(es)?		

3. EXAMEN DE EGRESO

Retiro sin patología aparente ☐ Sospecha de Enfermedad laboral ☐
Retiro con patología para seguimiento EPS ☐ En proceso de Calificación de origen de enfermedad (este aspecto será referido por la persona) ☐

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD LABORAL O SEQUELAS DE EVENTOS LABORALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT/FUREL) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARL Y EPS)

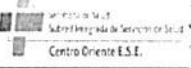
4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en terminos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

habilitar de 1000 horas de capacitación
para los técnicos de la central de control de calidad

¿Se entrega remisión a EPS?

SI ☐ NO ☒

MEDICO: Dr. Abraham Lamargo Gomez Trabajador o Aspirante: Wilson Algarín
Firma: [Firma] Firma: [Firma]
Nombre: [Nombre] No. de Identificación: 99219488

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CODIGO: ET-CA-PT-011 VERSION: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018/12/24	Ciudad:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA
Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OFS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		79219488	SOACHA CUNDINAMARCA	2000-10-05	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI ☒	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
	SOACHA CUNDINAMARCA		COLOMBIA	COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
☐ SOLTERO/A ☐ VIUDA/A ☒ CASADO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ EN LIBRE ☐			2	2	3114856954
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
☐ MAESTRO ☐ INGENIERO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER (OTRO) ☐ PRIMARIA ☒ TECNICO ☐ TECNICO (OTRO) ☐ CUAL:					TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD
DIRECCION RESIDENCIAL		Ciudad RESIDENCIAL	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 9 ESTE No 38 23		SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	3114856954
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
wilsonalgarra17@gmail.com				PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		Ciudad:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TORRES	ESPINOSA		NIDIA	MARITZA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		33894209	SOACHA	2000-10-05	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI ☒	
				NACIONALIDAD: COLOMBIANA	
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	DELEGADO ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCiante ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROPIETARIO INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRO ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARAR RENTA	IVA	CATEGORIA C.U.L. ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	B299	
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	
			AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒	

FUNCIONARIO PÚBLICO ☐ NO ☒ SI		ADMINISTRAR RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SECTORES ☐ ID ☐ #N		EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ MANUFACTURERA ☐ TRANSPORTE ☐ PETROLIO ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS ☐ CUAL:			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN: 1	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS	GASTOS FAMILIARES \$ 400.000	AHORROS	SALDO HIPOTECARIO		
PENSIONES	ARRENDOS	INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO		
ARRENDOS	CUOTA VEHICULO \$ 400.000	VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS		
COMISIONES	CUOTA VIVIENDA \$ 500.000	PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS		
OTROS INGRESOS*	OTROS EGRESOS*	OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*		
TOTAL INGRESOS \$ 0	TOTAL EGRESOS \$ 1.300.000	TOTAL ACTIVOS \$ 0	TOTAL PASIVOS \$ 0		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
DESCRIPCION OTROS PASIVOS					
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en horario laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
PULIDO	NARANJO	CARLOS	JAVIER		
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO Fijo y/o EXTENSION/CELULAR		
HOGAR EN SOACHA	SOACHA CUNDINAMARCA	AMIGO	3008776888		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORRO	5368517412	20 DE JULIO	3430000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	CUAL: ☐
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".					
1. Que los recursos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.) CONTRATISTA					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitir que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a 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 una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fascolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

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

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

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

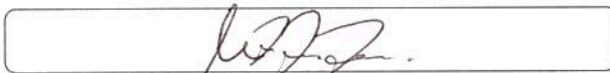
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlafta@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

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

FECHA: 2018-12-24 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
ALGARRA		BOHORQUEZ		WILSON		YESID	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐				SOACHA		2000-10-05	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		79219488		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1982-07-08		SOACHA		COLOMBIA		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCADO(A) ☐ CON LIBRE ☐				2		2	
						3114856954	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER OTRO ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
CARRERA 9 ESTE No 38 - 23		SOACHA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA			
wilsonalgarra17@gmail.com		NO APLICA				PROPIA ☐		FAMILIAR ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐							
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO ☐		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

CENTRO ORIENTE E.S.E.		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRATANTE		FECHA DE ENTREGA	
FUNCIONARIO PÚBLICO ☐ SI ☒ NO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA ☐ EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIO ☐ TRANSPORTES ☐ SERVICIOS ☐ OTROS		CODIGO RUC		CIUDAD MUNICIPIO	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION		PAIS	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		PASIVOS	
SALARIOS	GASTOS FAMILIARES	DEUDAS	ACTIVOS	PASIVOS	
RENTAS	DEUDAS	DEUDAS	ACTIVOS	PASIVOS	
OTROS INGRESOS	OTROS EGRESOS	OTROS EGRESOS	OTROS EGRESOS	OTROS EGRESOS	
TOTAL INGRESOS	TOTAL EGRESOS	TOTAL EGRESOS	TOTAL EGRESOS	TOTAL EGRESOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
6. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni vinculado al Centro o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TELEFONO	
PULIDO	NARANJO	CARLOS	JAVIER	3008776888	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO	3008776888	
HOGAREN SI/NO	NO APLICA	AMIGO	AMIGO	3008776888	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BANCO OLIMPIA	CUENTA DE AHORRO	3365517412	29 DE JULIO	3430000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORTACION	EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PRESTAMOS	PAGO SERVICIOS	OTROS
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".					
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)					
CONTRATISTA					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que lo adicione, modifique o modifique.					
3. No admitir que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que lo adicione, modifique o modifique, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de las normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

 <p style="font-size: small;">Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. <i>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</i></p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.</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)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>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)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.		
CONSIDERACIONES		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACIÓN		
<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>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:</p> <p>a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones 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.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.</p> <p>6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</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.

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 (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC; teléfono 344 44 84, e-mail: sarlatf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Bogotá, Diciembre 24 de 2018

Señor:
ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID
CC. 79219488
CL 22 A N 5N 13 ESTE - 7324806
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 9 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ALGARRA TORRES AXL ESTEBAN	1007157107	T	Sep-9-2011	77	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ALGARRA TORRES THOMAS	1023386931	R	Sep-9-2011	77	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TORRES ESPINOSA NIDIA MARITZA	53894209	C	Sep-9-2011	77	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID	79219488	C	Sep-9-2011	77	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FUNDACION DESARROLLO NACIONAL FUNDENAL	79219488	Dependiente	VIGENTE
GRUPO ASESORIA EN SISTEMATIZACION DE DAT	79219488	Dependiente	CERRADO
VCO SA	79219488	Dependiente	CERRADO
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ	79219488	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ	79219488	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79219488**, se encuentra afiliado (a) desde **01/01/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/01/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 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.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79219288.

Numero de Documento

SURA

ARL

WILSON

Primer Nombre

YESID

Segundo Nombre

ALGARRA

Primer Apellido

BOHORIZQUEZ

Segundo Apellido

08/07-7982

F. Nacimiento dd/mm/aa

SOACHA

Ciudad de Nacimiento

ITRA GESTE # 38-23

Dirección de Residencia

9006280

Teléfono Fijo

SAUD TOTAL

EPS - Salud

COMPENSACIONES

AFP - Pensiones

1620.000

Honorarios

FISURADOR

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

wilsonalgarra17@gmail.com

Correo Electrónico

2141856954

Celular

6777.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119607232



WEB

06:37:23

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 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) WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79219488:

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 24 de diciembre de 2018, a las 06:39:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79219488
Código de Verificación	79219488181224063923

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., 24 de Diciembre de 2018 - 6:41 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO** de SOACHA

79219488

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. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_FLRDU_406**

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 06:42:23 horas del 24/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **79219488**

Apellidos y Nombres: **ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID**

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




Fecha de Solicitud

2018/11/21

Actualización Cliente

Contrato y Certificación de Productos y Servicios Recibidos - Persona Natural

Ciudad: Bogota	Oficina: 034 Bogota Porciuncula	Jornada / Hora: D/13:54:28
Tipo de Cuenta: AHORROS	Cuenta Móvil Individual	Número Cuenta: 050928147
Paquete Transaccional: No aplica		Atendido por: 52749126

Productos y Servicios Recibidos

Tarjeta Débito No. 6013679050946576	Manilla de Pago No.	Asig Clave Tarj Débito	SI
Costo Máximo de Asignación de Medio(s) de Manejo: \$ 0.00 Este costo podrá variar a favor del cliente, según las condiciones del convenio al cual se encuentre asociado.		Asig Clave Manilla de Pago	
Libreta / Chequera No.	0 / 0 del No. 0 al 0	Asignación Clave Audiovillas	NO
Asociación a Cuenta Matriz No	902902456	Manejo de Huellas	NO
Asociación Tarjeta a Cuenta?	N. Cuenta Origen:	Entrega plegable de seguridad	SI
Recibe Certivillas?	Si ☐ No ☒	No Cuenta Certivillas	
Valor de la transferencia	\$	Número de Transferencias	
Periodicidad	Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐		
Recibe Cta Corriente? Aplica solo para Nominas Masivas	Si ☐ No ☐	No Cuenta Corriente	

Información de Titular(es)

Titular	Tipo Identificación	Número de Identificación
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ	CC	79219488
*****		*****
*****		*****
*****		*****

Reglamentos Asociados
Reglamento Cuenta Móvil
Reglamento de Tarjeta Débito
Seguro de Depósitos FOGAFIN

Este(os) reglamento(s) está(n) a su disposición en nuestra página web www.avillas.com.co, en el link Información sobre productos y servicios.

Información de Paquetes Transaccionales

(Sólo aplica para clientes con paquete transaccional (móvil 3 / Móvil 7 / Móvil 10))

Paquete transaccional	Móvil 3	Móvil 7	Móvil 10
Cuota Mensual Medio (s) de Manejo.	\$ 13.950,00	\$ 18.350,00	\$ 21.350,00
Retiros en Cajeros ATH a nivel nacional.	3	7	10
Los 3 paquetes incluyen sin costo	Un (1) Retiro por cualquier en monto en una oficina del Banco AV Villas de la ciudad de radicación de la cuenta. Pagos realizados por agilizadores, Cajeros ATH, Audio; Internet, Banca Móvil (Excepto pago de servicios públicos).		

Declaro que: Acepto y conozco el Paquete Transaccional No aplica asociado a mi Cuenta Móvil, el cual escogí libremente luego de conocer las condiciones y beneficios de cada uno de los paquetes ofrecidos por el Banco AV Villas y los siguientes beneficios adicionales asociados a mi paquete transaccional:

(1) Si he efectuado mínimo seis (6) pagos y/o compras efectivos mensuales con cargo a mi cuenta, incluido el pago de obligaciones financieras, el Banco me devolverá (\$1500) de la cuota de manejo de mi paquete transaccional, la cual se realizará el tercer día hábil del mes siguiente y se reflejará en mi extracto con el siguiente nombre: "Devolución parcial de la cuota de manejo".

(2) Al adquirir mi paquete transaccional será inscrito automáticamente al servicio de Notificaciones vía celular y correo electrónico, siempre y cuando haya registrado previamente mi número de celular y/o correo electrónico.

Elección Cuenta de Ahorros para Beneficio Tributario GMF Exención del 4x1000?

SI X

NO

Teniendo en cuenta que legalmente la exención del 4X1000 se aplicará exclusivamente a la cuenta de ahorros relacionada anteriormente, como titular único elijo la mencionada cuenta de ahorros para que opere en relación con ésta la exención del 4X1000 de acuerdo a lo previsto en el artículo 879 del Estatuto Tributario y los Decretos 405 y 518 de 2001; bajo la gravedad del juramento manifiesto que no he solicitado ni obtenido el beneficio para ninguna otra cuenta de ahorros. La cuenta referenciada será la única en todo el sistema financiero respecto de la cual operará la exención del 4X1000; por tanto me obligo a no solicitar la exención mencionada para ninguna otra cuenta de ahorros mientras mantenga esta elección. Autorizo a AV Villas para que verifique la anterior información y para que la reporte a las autoridades competentes, a los establecimientos de crédito y a las centrales de riesgo y de información correspondientes de manera que se puedan realizar las verificaciones establecidas en la ley.

El contrato del(de los) producto(s) arriba relacionado(s) que he celebrado con el Banco Comercial AV Villas se rige por las normas legales y por las siguientes cláusulas: 1) Las características, las obligaciones y derechos de las partes, las causales de terminación y en general, los términos y condiciones del producto se establecen en el contrato de cuenta corriente y en reglamento de cuenta de ahorros que el Banco ha dado a conocer al Cliente y mantiene a su disposición en la página web del Banco www.bancoavillas.com.co. Dicho reglamento forma parte de este contrato. 2) Los términos y condiciones que regulan el uso de los medios y canales electrónicos y de los productos y servicios asociados a la Cuenta señalados en este documento y los que a futuro reciba del Banco tales como Tarjeta Débito, Manilla de Pago, Bancamovil, Audiovillas, Internet, Puntos por Todo y Programa de referidos Puntos Por Todo también se establecen en los reglamentos que el Banco ha dado a conocer al Cliente y ha dejado a su disposición en la página web del Banco. Estos reglamentos forman parte de este contrato. 3) También forman parte de este contrato, las autorizaciones, conocimientos informados y demás estipulaciones contenidas en el(los) formulario(s) de vinculación y/o actualización y/o solicitud(es) de producto(s) o servicio(s) suscrito(s) por el Cliente o su autorizado. 4) El Banco informará las tarifas por servicios financieros en la página web o en los medios y con la anticipación establecida en el Decreto 2555 de 2010 o normas que lo modifiquen o sustituyan, las cuales el Cliente se obliga a pagar tal como se establece en los reglamentos de los productos y servicios. 5) Las modificaciones a los reglamentos serán notificados al Cliente en la página web y comenzarán a regir pasados 30 días a dicha notificación. 6) Cuando la apertura de la Cuenta se realice a domicilio, ésta se mantendrá bloqueada hasta que el Banco reciba los documentos del Cliente debidamente diligenciados que soportan la apertura y estos sean verificados. 7) Si el Cliente es persona natural y desea recibir el servicio de notificaciones de transacciones realizadas, deberá registrar el número de celular y/o correo electrónico en los que las recibirá cuando dichas transacciones individualmente consideradas excedan el límite fijado por el Banco; si el Cliente desea recibir notificaciones por transacciones inferiores a dicho monto, deberá solicitarlo a través de la página web. 8) El Cliente se obliga a consultar de manera permanente y a cumplir las recomendaciones de seguridad que para cada canal y/o medio electrónico el Banco publica en su página web. 9) El banco ha informado al Cliente los productos amparados por el Seguro de Depósito de FOGAFIN, sus coberturas y características; el Cliente se obliga a consultarlas de manera permanente en la página web.

FIRMA DEL TITULAR
No. Identificación

Huella

FIRMA DEL TITULAR
No. Identificación

Huella

FIRMA DEL TITULAR
No. Identificación

Huella

FIRMA DEL TITULAR
No. Identificación

Huella

INFORMACIÓN PARA TU FACILIDAD, COMODIDAD Y RAPIDEZ

Entendemos que eres una persona ocupada y que quieres un banco que te facilite la vida y te ahorre tiempo. Por eso colocamos a tu disposición 3 canales de servicio para que realices tus operaciones y consultas, a cualquier hora, todos los días, desde tu casa o tu oficina, sin filas, sin horarios, sin complicaciones!

INTERNET	BANCA MÓVIL	AUDIOVILLAS
FÁCIL Ingresa a www.bancoavillas.com.co Da clic en el botón regístrate y continúa el proceso.	RÁPIDO Ingresa desde de tu celular a tu SIM, - Busca el Menú Mis Bancos - Selecciona Registrar Bancos - Selecciona AV Villas y sigue el proceso O si tu celular es Smartphone a través del aplicativo Java.	CÓMODO Llama a nuestra línea AudioVillas y sigue las instrucciones: Bogotá: 3363199 - 4441777 Barranquilla: 3304330 Bucaramanga: 6302980 Medellín: 3256000 Cali: 8859595 Línea nacional: 01 8000 51 8000

Para que conozcas todos los beneficios que te ofrecemos, te invitamos a que visites www.bancoavillas.com.co, hagas clic en nuestro Centro de Ayuda y revises la sección Soy cliente nuevo, donde podrás en pocos minutos conocer todo lo que tenemos a tu servicio. Recuerda en nuestra página en Internet, a través de nuestro chat encontrarás a cualquier hora un asesor para apoyarte y resolver tus inquietudes.



Bogotá, Diciembre 24 de 2018

Señor:
ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID
CC. 79219488
CL 22 A N 5N 13 ESTE - 7324806
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 9 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ALGARRA TORRES AXL ESTEBAN	1007157107	T	Sep-9-2011	77	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ALGARRA TORRES THOMAS	1023386931	R	Sep-9-2011	77	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TORRES ESPINOSA NIDIA MARITZA	53894209	C	Sep-9-2011	77	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID	79219488	C	Sep-9-2011	77	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FUNDACION DESARROLLO NACIONAL FUNDENAL	79219488	Dependiente	VIGENTE
GRUPO ASESORIA EN SISTEMATIZACION DE DAT	79219488	Dependiente	CERRADO
VCO SA	79219488	Dependiente	CERRADO
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ	79219488	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ	79219488	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

