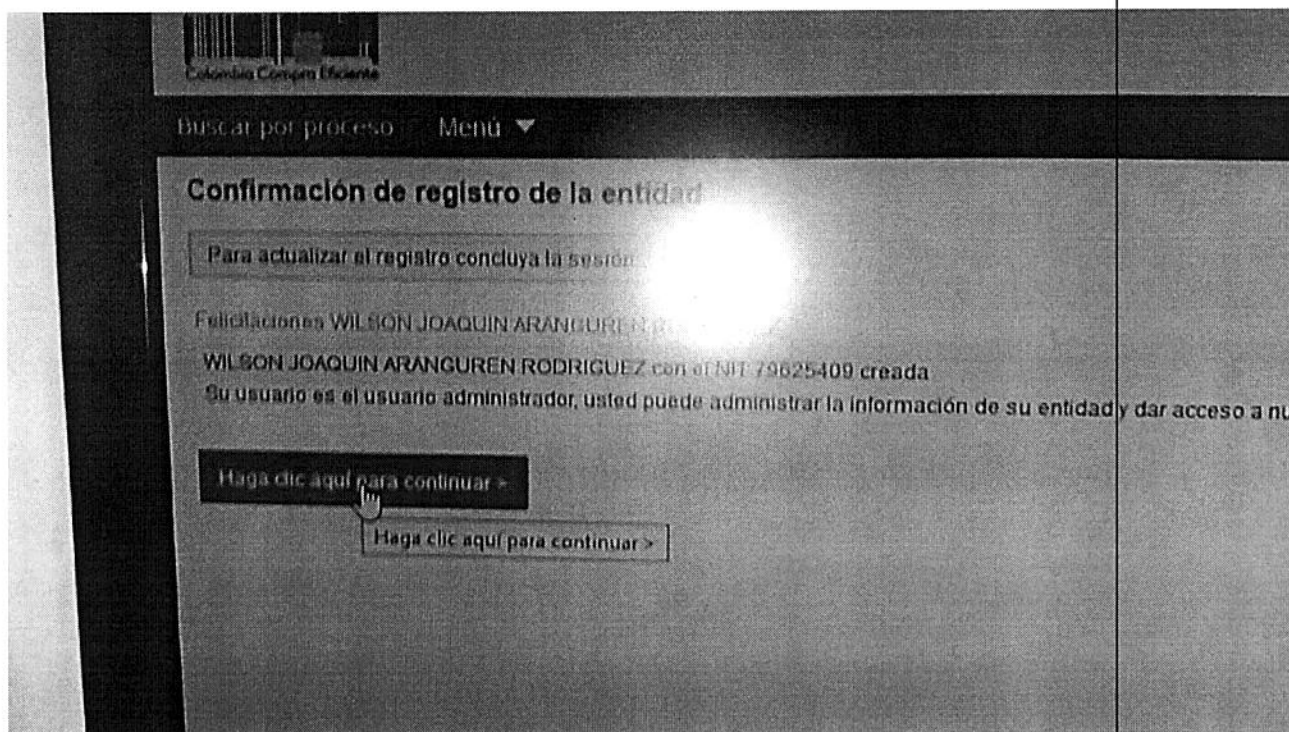






FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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 DEL TRABAJO, EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ARANGUREN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES WILSON JOAQUIN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79625409	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 79625409 D.M. 13		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES JUN AÑO 1969 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 32 A N 26 B 51 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9268197 EMAIL wilson.aranguren2406@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			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1990



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-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 SAN BLAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD facturacuion@hospitalsanblas.gov.co	
TELÉFONOS 2891100ext310	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 3 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE FACTURACION	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN CARRERA 22 N 22 B 23	

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	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	4

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 17/12/2018 Wilson J. Arango
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA 7962540926

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DETALLADA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 17-dic-2018

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.



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79625409 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección CALLE 32 A N 23 B 51 SUR

Teléfonos 3217117653 2038377

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

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

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 16.560.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
MARIBEL EULALIA PEÑUELA	ARRIENDO	\$ 520.000,00

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

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

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



FORMULARIO ÚNICO

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

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

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

c) En la actualidad: SI ☒ N ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
DIANA YURLEY PARDO	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	53049700

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

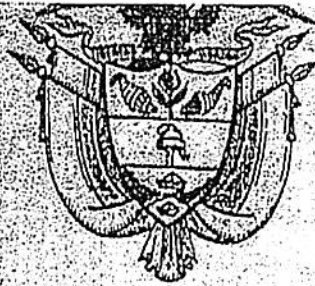
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasual o permanente son las siguientes:

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá del 15 de Noviembre del 2017
CIUDAD Y FECHA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO MILITAR ANTONIO RICAURTE

AUTORIZADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D. C.
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 1358 DEL 27 DE AGOSTO DE 1991

CONFIERE A:

Wilson Joaquín Aranguren Rodríguez

C.I. No 690624-08227 Bogotá D.C

EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO CON ORIENTACIÓN MILITAR

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES
AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES
Y PROGRAMAS VIGENTES.


RECTOR


SECRETARIO

Bogotá D.C 17 de Noviembre de 2017

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

__SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA).

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, __WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

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:

____FACTURACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD-HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

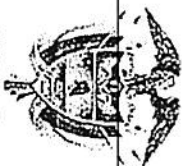
Firma Wilson Joaquin Aranguren Rodriguez

No. de documento: __79625409__

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: wilson.aranguren2406@gmail.com

Teléfono: __3217117653/2038377__



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadanía No. 79.625.409

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

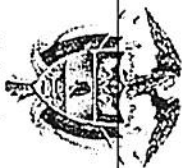
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

14920853 - 18/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://verificadores.sena.edu.co>, bajo el número 940306354317CC79625409C.



libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 79.625.409

Curso y aprobó la acción de Formación

FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 100 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

~~Bogotá - Colombia~~

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

28882494 - 10/08/2015

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web: <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 970300980003000079625409C.



EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 79.625.409 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940360554511C79625409E.



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 79.625.409 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cien (100) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

Bogotá D.C 17 de Noviembre de 2017

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

__SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA).

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, __WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

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:

____FACTURACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD-HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS
DE SALUD

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Wilson Joaquin Aranguren Rodriguez

No. de documento: __79625409__

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: wilson.aranguren2406@gmail.com

Teléfono: __3217117653/2038377__



OTROSÍ N° 20 AL CONTRATO DE OPS N° 941 DE 2014 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL SAN BLAS Y WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

CONTRATANTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL SAN BLAS
OBJETO	AUXILIAR AREA FINANCIERA
VALOR DEL CONTRATO MES	\$ 1298000
SUSCRIPCIÓN INICIAL CONTRATO	Desde el 05 de Septiembre del 2014

Entre los suscritos a saber, por una parte, MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51 837 463 de Bogotá, D.C., en su calidad de GERENTE de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Unidad de Prestación de Servicios de Salud Hospital San Blas con Nit. 800.216.303-7, de conformidad con el Decreto N° 171 del ocho (08) de abril de dos mil dieciséis (2016) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato de aquí en adelante se denominará la SUB RED y por la otra parte WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ, mayor de edad, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 70825409 y quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente OTROSÍ, si previas las siguientes consideraciones: 1) Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016, expedido por el Concejo de Bogotá, D.C., se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, se modifica el Acuerdo N° 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. 2) Que el Acuerdo en mención tiene por objeto efectuar la reorganización del Sector Salud en el Distrito Capital definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual determinó la fusión de algunas entidades y la creación de otras. 3) Que el Acuerdo N° 641 de 2016 fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara en la Empresa Social del Estado denominada Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 4) Que cada una de las cuatro Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestarán servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. 5) Que con el fin de efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, se establece un período de transición del un año contado a partir de la expedición del Acuerdo 641 de 2016. 6) Que el Acuerdo N° 641 de 2016 subroga en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. 7) Que al momento de expedirse el Acuerdo N° 641 de 2016, la Empresa Social del Estado Hospital San Blas hoy fusionada en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. tenía suscrito el contrato de Orden Prestación de Servicios No. 941 de 2014 con WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ. 8) Que al subrogarse, por virtud del Acuerdo 641 de 2016, en la Subred Integrada de Prestación de Servicios Centro Oriente E.S.E. las obligaciones y los derechos contraídos a través del contrato No. 941 de 2014,

GRUPO FUNCIONAL	FUNCIONARIO CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
Contratación	Fuente de empleo	Cesa Eduardo Segura Oficina de contratación		
Revisado por	Revisado por	Grupo Funcional Jurídico		

Los presentes términos y condiciones que forman parte del presente expediente y enmendados adjunto a los mismos y sus modificaciones, se encuentran firmados por los representantes legales de las partes contratantes.

Ty 5 Este 19 50 AM

Telefonador: 7801100

Correo: hospital@sanblas.gov.co

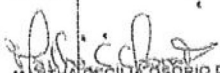
Info: línea 195

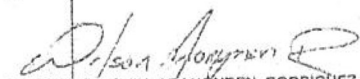
BOGOTÁ
MEJOR



por la E.S.E. Hospital San Blas, será aquella quien asuma la calidad de contratante. 9) Que el Contrato No. 941 de 2014, cuyo objeto consiste en realizar actividades como AUXILIAR AREA FINANCIERA fue suscrito el 05 de Septiembre del 2014 y tiene como fecha final de ejecución 28 de Abril del 2016. 10) Que al suscribirse el contrato primigenio bajo la vigencia de la Resolución 313 del 04 de Noviembre del 2014 (Manual Interno de Contratación del Hospital San Blas II Nivel E.S.E.), todo documento que haga parte integral del mismo contrato se regirá por la misma disposición. 11) Que la Resolución 042 del 28 de Abril de 2015 Expedida por la GERENTE de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, constituye que se delegan funciones para suscribir Ordenes de Prestación de Servicios de la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. en la Subgerente de Servicios de Salud - Unidad Funcional San Blas, Dra. MARTHA CECILIA OSORIO DIAZ, actuando como contratante a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 12) Que el contrato da acuerdo con su Clausula Duración - Ejecución se encuentra vigente. 13) Que el supervisor del contrato, solicita y justifica adicionar y prorrogar el contrato, en consideración a la necesidad de continuar con la prestación del servicio público esencial de salud. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben el presente Otro que se regirá por las siguientes Clausulas: **CLAUSULA PRIMERA - VALOR:** Adicionar el valor del contrato en la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$2682533). **CLAUSULA SEGUNDA - DURACION:** Prorrogar la duración del contrato en Dos (2) Días y Dos (2) meses más, es decir, hasta el 30 de Junio del 2016. **CLAUSULA TERCERA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor de este otro se cancelará con cargo al presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., para la vigencia 2016, según certificado de disponibilidad presupuestal N° 241 del 27 de Abril del 2016. **CLAUSULA CUARTA - VIGENCIA DE LAS DEMAS CLAUSULAS:** La presente adición y prórroga solo surte efectos en el clausulado que modifica, lo no modificado sigue surtiendo los mismos efectos para LAS PARTES, por lo cual el presente documento será anexo al Contrato No. 941 de 2014.

Para constancia se firma en la Ciudad de Bogotá, D.C. a los veintiseis (26) días del mes de abril de 2016.


MARTHA CECILIA OSORIO DIAZ
Subgerente Servicios de Salud
Unidad de Prestación de Servicios de Salud Hospital San Blas


WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
CC. 79625409
CONTRATISTA OPS

SECTOR FUNCIONAL	UNIDAD ORGANICA CONTRATANTE	GRUPO Y CARGO	FIRMA	FECHA
Contratación	Unidad de Prestación de Servicios de Salud	Gerente General		
		Unidad Funcional San Blas		

Teléfono: 28951100
Correo electrónico: info@hsb.org.co
Info: 0188 195

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

A QUIEN INTERESE

CERTIFICACION CONTRACTUAL

Comodamente me dirijo a usted con el propósito de certificar que una vez consultados los archivos de la institución, en la base de contratación se encuentra que el señor **WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 79.625.409 de Bogotá desarrolla sus actividades en el área financiera en su calidad de auxiliar administrativo de este hospital, mediante contrato de servicios personales y presta sus servicios desde el 09 de febrero de 2010 hasta en la actualidad en 04 años, contratos, con una compensación mensual de un millón, doscientos noventa y ocho mil pesos moneda corriente (\$1.298.000.00).

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de mayo de 2013.



CLAUDIA PATRICIA GUERRERO CHAPARRO
Asesora Jurídica
Hospital San Blas II Nivel E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Hospital San Blas

HOSPITAL SAN BLAS NIVEL II E.S.E.
NIT 800216303-7

CERTIFICA

Consultados los archivos de la Institución, figura que el señor **WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.625.409 de Bogotá desarrolla sus actividades mediante Contrato de Arrendamiento de Servicios Personales como Auxiliar Administrativo en el Área Financiera del Hospital desde el nueve (09) de febrero de 2010 y su contrato se encuentra vigente con una compensación mensual de Novecientos Noventa y Ocho Mil Pesos Moneda Corriente. (\$988.000.00).

Se expide la presente a solicitud del interesado a los dos (02) días del mes de mayo de 2010.


LAURA VICTORIA ACEVEDO ACEVEDO
Profesional Especializado de Talento Humano

Elabora: Melba Zabala





NUMERO 79.625.409

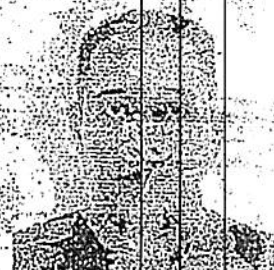
ARANGUREN RODRIGUEZ

APÉLLIDOS

WILSON JOAQUIN

NOMBRES

LECTURE



INDEX DEFEEND

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1969

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

Q+
G.S. RH

M
SEXO

22-FEB-1951 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL
ALIMENTARIA Y DROGAS



A-1500118-47129751-M-0079625409-20051121

0591805325A 02 168795071

APC Postn 1

 <small>Departamento de Ingresos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto <input type="text" value="02"/> Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario 14382385985	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001438238598 5</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 9 6 2 5 4 0 9 - 9		6. DV 3 2	
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida <input type="text" value="2"/>		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <input type="text" value="13"/>	
26. Número de Identificación: 7 9 6 2 5 4 0 9		27. Fecha expedición: 1 9 9 1 0 2 2 8	
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		31. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido ARANGUREN		32. Segundo apellido RODRIGUEZ	
33. Primer nombre WILSON		34. Otros nombres JOAQUIN	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
42. Dirección principal CL 32 A 26 B 51 SUR			
43. Apartado aéreo			
44. Teléfono 1:			
45. Teléfono 2:			
46. Correo electrónico: wilara2406@hotmail.com			
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria	
46. Código: 8 2 9 9		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 0 0 2 0 3	
48. Código: 		49. Fecha inicio actividad: 	
50. Código: 1 2		51. Código: 	
52. Número establecimientos: 			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2			
12- Ventas régimen simplificado			
Usuarios aduaneros		Exportadores	
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		55. Forma 	
56. Tipo 		57. Modo 	
58. CPC 		59. CPC 	
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: <input type="text" value="0"/>	
61. Fecha: <input type="text" value="20160721"/>		62. Fecha: <input type="text" value="20160721"/>	
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 ARANGUREN RODRIGUEZ WILSON JOAQUIN 985. Cargo: CONTRIBUYENTE	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 79625409-9 WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ

Información General

Dirección CL 32 A 26 B 51 SUR
Teléfonos 408 86 18 / 203 83 77
Dirección electrónica wilara2406@hotmail.com
Fax 3217117653

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015
Soporte Inscripción 18104241
Fecha Inicio Actividades 01/01/2015
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario RÉGIMEN 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: 17002402101



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

79625409

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
83	00	10
31-DIC	31-DIC	31-DIC

APELLIDOS Y NOMBRES

ARANGUREN RODRIGUEZ

WILSON JOAQUIN

EMPLEADO

PROFESION



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA: 22/11/2017 09:34:57
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ C.C. 79625409
EDAD 48 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR ADMINISTRATIVO



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☒
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Triglic ☐
Audiometría	☐	Cuales		Otros ☐
Espirometría	☐	Radiografías		

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR
NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

VAL NUTRICION EPS / USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Wilson J. Aranguren R

FIRMA DEL PACIENTE



Impresión: CRESO 27 SUR No. 19-07
Tel. 2784705

[Signature]

D^{ra}. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S. 37 P. 122-2013
FIRMA DEL ESPECIALISTA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:		CIUDAD:	BOGOTÁ	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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PÚBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
ARANGUREN	RODRIGUEZ		WILSON	JOAQUIN	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		Nº IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUIP	☐	79625409	CUNDINAMARCA/BOGOTÁ	1991-02-28	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	¿ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1969-06-24	CUNDINAMARCA/BOGOTÁ		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NÚMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A)	☐	CASA	☐	DIVORCADO(A)	☐
UNIÓN LIBRE	☒	5	1	3217117653	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER	☐	POSGRADO	☐	UNIVERSITARIO	☐
BACHILLER	☒	OTRO	☐	PRIMARIA	☐
TECNICO	☐	CUAL:		CONTRATISTA	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA	
CL 32A 26B 51 SUR	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	2038377	
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
Wilson.aranguren2406@gmail.com	ar8211@gmail.com		PROPIA	☐	FAMILIAR
			ARRENDADA	☒	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PARDO	AVELLA		DIANA	YURLEY	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUIP	☐	53049700	CUNDINAMARCA/BOGOTÁ	1991-05-09	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	¿ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
CUAL:		NACIONALIDAD:		COLOMBIANO	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	PROPIETARIO ☐	PENSIONADO ☐	CIUDAD: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA... ☐			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	VICIOS ☐	SALU ☒	# NIT	990.959.051
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	NOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL:				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL	APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS			FECHA VINCULACION	2016-08-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 400.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$ 1.550.000	ARRIENDOS	\$ 500.000	INVERSIONES		TARJITAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 650.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.550.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.550.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEÑUELA	CHOCOTA	HECTOR	
DIRECCION	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CL 34 SUR 27 53	BOGOTA/CUNDINAMARCA	AMIGO	
		6042146	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DA VIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	0048 7019 0271	CIUDAD MONTES	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	OTROS ☐	SERVICIOS ☐	OTRO ☐	CUAL:
--------------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	-------



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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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 entregará a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MIS INGRESOS PROVIENE DEL DESARROLLO DE MIS PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** se destinarán a actividades lícitas.

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

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule(n) con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

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

6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

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

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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: sarluff@subredcentroorientes.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.subredcentroorientes.gov.co) en el Link "POLITICA 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 ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Wilson J. Aranguren Rodriguez

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			

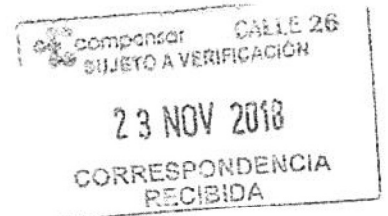
XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

SEÑORES
COMPENSAR EPS

Compensar EPS

Radicado: EN2016000000723 Fecha de Radicado: 23/11/2018 11:04:22
Remitente: - WILSON ARANGUREN
Destinatario: - WENDY JOHANA CABUYA ARIAS
Radicator: 52167709 Folios: 1 Anexos:



SOLICITUD DE COMPENSACION DE LOS APORTES A LAS BASES DE DATOS

Respetados señores compensar la presente es para solicitar que los aportes los cuales yo venía realizando de Junio 2016 a Octubre 2018 a la EPS SALUD TOTAL me sean subidos a la base de datos de compensar ya que por motivos a desconocimiento de cambio de EPS, estos pagos no se veían reflejados en SALUD TOTAL y yo los venía realizando por medio de PLANILLA SIMPLE donde los cancelaba puntualmente seguridad social, Arl y Pensiones.

Nunca tuve conocimiento, ni tampoco me fue notificado que la afiliación o traslado no había sido efectiva por parte de SALUD TOTAL.

Aparte también desconocía que la terminación laboral la cual tuve, debía pasar carta de desvinculación laboral nunca pase esta carta de retiro laboral y a la fecha registro con 2 meses en mora, los meses en mora son Enero y Febrero del año 2014.

Realizando el día 23 de noviembre de 2018 verificaciones pertinentes de estos pagos en sus instalaciones y como lo informa la funcionaria de la ventanilla la cual fui atendido, me dice que están los pagos y no están ya que registran inconsistencias los cuales me muestra en pantalla.

Me comunica el paso a seguir el cual es cancelar estos 2 meses en mora y radicar carta para este proceso, también le pido el favor al área de CARTERA hacer un acuerdo de pago puesto que en el momento no cuento con el dinero para cancelar estos valores los cuales suman a la fecha \$ 849500, por esta razón les solicito de la manera más atenta y cordial me colaboren puesto que actualmente estoy trabajando y me están solicitando esta información y afiliación, yo realizo mis pagos muy honestamente pero se encontró en el ADRES que no había soportes de meses compensados sin ningún aporte a Seguridad Social, por esta razón me veo en la penosa necesidad de pedirles el favor de colaborar ya que de esto depende mi continuidad laboral.

Adjunto mis datos, teléfono y correo electrónico

Wilson.aranguren2406@gmail.com (CORREO)

Dirección: Calle 32 a sur 26 b 51, Barrio Murillo Toro, Teléfono fijo 9268197 Celular 3217117653.

Agradezco la atención prestada y su pronta respuesta.

Cordialmente;

Wilson Joaquín Aranguren Rodríguez
Wilson Joaquín Aranguren Rodríguez,

C.C. 79625409 Bogotá.



LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 79.625.409, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20090621	20140531

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Noviembre de 2018

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: HELLEN JOHANA ARIZA
10430670

GER-AFI





Estado de Cuenta Trabajador Independiente y UPC Adicional

Señor(es): WILSON JOAQUIN ARANGUREN R	Fecha de corte 20181123	No.. 564993
No. Identificación 79625409	Fecha de emisión 20181123	

Entidad sin ánimo de lucro. Personería Jurídica resolución No. 02409 de Junio 30 de 1978 de MINTRABAJO. VIGILADO SUPERSALUD Resolución 0166 de 1996. Grandes contribuyentes Resolución No. 7714 de 16/12/1996. Actividad económica 304. Tarifa 7x1000. Actividad exenta de IVA, acuerdo 78 de 2002

A continuación se relaciona los valores pendientes de pago por conceptos de aportes en salud. Este Estado de Cuenta es de carácter informativo, no válido para cancelar. De acuerdo a las fechas establecidas en el Decreto 1990/2016, su fecha límite de pago actual es: El día 9 hábil del mes.

Identificación Afiliado	Ti	Nombre	Concepto	Periodo	Día hábil límite de pago	Valor aporte en mora	Total	Nro. Ref. para pago
79625409	1	WILSON JOAQUIN ARANGUREN R	Aportes POS	201403		64.375	64.375	79625409
79625409	1	WILSON JOAQUIN ARANGUREN R	Aportes POS	201402		64.375	64.375	79625409

Importante

El no reportar oportunamente las novedades de Plan de Beneficios de Salud, como trabajador independiente, ocasiona responsabilidad en el pago de las cotizaciones causadas hasta el momento que informe la novedad a la E.P.S

Si usted o sus beneficiarios presentan mora superior a 3 meses de cotizaciones en el POS, esta Estado de Cuenta constituye: Aviso de posible desafilación al Sistema de Seguridad Social en Salud y presta mérito ejecutivo conforme a la normatividad vigente.

Tener en cuenta el Decreto 1406 de 1999 - Artículo 57: Limitación de cobertura en caso de mora en salud. "La afiliación a la EPS será suspendida después de un mes de no pago de la cotización correspondiente al afiliado, al empleador..." "...según sea el caso, o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un afiliado dependiente no cancele la UPC adicional que corresponda". Decreto 1703 de 2002 - Artículo 10: Desafilación. "La desafilación al Sistema ocurre en la Entidad Promotora de Salud, EPS, a la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su grupo familiar, en los siguientes casos: a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud".

La mora en los aportes al Plan Obligatorio de Salud de cualquier periodo consecutivo o no, es causal de suspensión de servicios. Tenga en cuenta que los intereses de mora serán liquidados por el operador de información al momento de efectuar su pago

Agradecemos realizar el pago de los valores en mora a su cargo de manera inmediata. Si usted ya realizó sus pagos, por favor hacer caso omiso de este comunicado. Para aclaraciones de la información contenida, por favor dirijase a la sede más cercana. Ver información al respaldo.

Original: Afiliado - Copia: Cartera

Bogotá D.C.; 26 de diciembre de 2018

Señor
WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
wilson.aranguren2408@gmail.com

NIC 101017031

Respetada Señor Forera

Reciba un Cordial Saludo. En respuesta a su comunicación radicada en nuestras oficinas el día 28 de Noviembre de 2018, en la cual solicita compensación de aportes de la afiliación del usuario: WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ identificado con CC: 1076622225, al respecto le informamos lo siguiente:

Prevía verificación en nuestro sistema encontramos registrados los siguientes aportes efectuados por usted:

Planilla	Fecha Pago	Aportante	Periodo	Días	Salario	IBC	Cotización
1017191560	18/12/2018	79625409	201811	30	781242	781242	97700
1017190703	4/12/2018	79625409	201810	30	781242	781242	97700
1014984795	17/10/2018	79625409	201809	30	781242	781242	97700
1014439584	14/08/2018	79625409	201808	30	781242	781242	97700
1013776487	19/07/2018	79625409	201807	30	781242	781242	97700
1013075656	19/06/2018	79625409	201806	30	781242	781242	97700
1012477404	11/05/2018	79625409	201805	30	781242	781242	97700
1011955436	11/04/2018	79625409	201804	30	781242	781242	97700
1011280377	14/03/2018	79625409	201803	30	781242	781242	97700
1010530949	13/02/2018	79625409	201802	30	781242	781242	97700
1009867100	15/01/2018	79625409	201801	30	737717	737717	92300
1009524663	11/12/2017	79625409	201712	30	737717	737717	92300
1009502490	27/11/2017	79625409	201711	30	737717	737718	92300
1008707686	11/10/2017	79625409	201710	30	1060000	1060000	132500
8875062480	18/09/2017	79625409	201709	30	737717	737717	92300
8874415680	15/08/2017	79625409	201708	30	737717	737717	92300
8858532590	21/07/2017	79625409	201707	30	737717	737717	92300
8858532310	21/07/2017	79625409	201706	30	737717	737717	92300
8836659610	19/04/2017	79625409	201704	30	737717	737717	92300
8836658690	15/03/2017	79625409	201703	30	737717	738000	92300
8824357360	20/02/2017	79625409	201702	30	737717	738000	92250
8824180470	10/01/2017	79625409	201701	30	737717	738000	92200
8808267370	13/12/2016	79625409	201612	30	689455	689455	86200
8818322880	21/11/2016	79625409	201611	30	689455	689455	86200
8806995640	18/07/2016	79625409	201607	30	689455	689455	86200

De acuerdo a la resolución 4343 de 2012 le informamos que la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de la EPS, han sido actualizadas. Lo invitamos a consultarlas en <http://www.compensar.com/deberesyderechos/deberesyderechosSalud.aspx>.

Fronte a cualquier inquietud con la decisión adoptada por nuestra organización, quedamos atentos a recibir sus comentarios, igualmente si usted está en desacuerdo con la respuesta dada, puede elevar la respectiva petición ante la superintendencia nacional de salud según lo dispuesto en la circular única 047 de 2007.

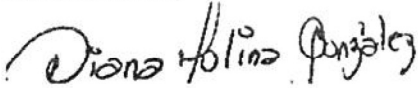
Teniendo en cuenta que no se radico formulario de afiliación durante los periodos cotizados los aportes generados se reportaron al ADRES como saldos no compensados.

Así mismo, nos permitimos resaltar que teniendo en cuenta la existencia del vínculo laboral, correspondía realizar las deducciones pertinentes y efectuarlas ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, previa validación en nuestro sistema encontramos que su afiliación registra cerrada con fecha de 20140531 por tal motivo no es posible realizar la afiliación retroactiva, así las cosas la invitamos a que radique formulario de afiliación en nuestros puntos de atención integral.

Referente al acuerdo de pago le indicamos que no es posible atender su solicitud dado que la mora no excede los dos meses, no obstante si usted contaba con un contrato como independiente y/o prestador de servicios puede anexarlo donde se puede verificar fecha de inicio y terminación de contrato con el fin de analizar los ajustes pertinentes.

Recuerde que puede comunicarse a nuestra central telefónica en el número 4441234 o desde cualquier parte del país a la línea 01 8000 915202, en donde estamos a su disposición para solucionar sus requerimientos o inquietudes.

Cordialmente,



DIANA MOLINA GONZALEZ
RELACIONAMIENTO CON EL CLIENTE
COMPENSAR EPS
24 NIC 101017031 NIT 79625409

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 79.625.409, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de noviembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

[Consultas](#) > [Consulta Publica ARL](#) > [Afiliación trabajador](#)

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

La persona identificada con CC-79625409 tiene
afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

Tipo de Documento *

Número de Documento *

mf4rf

Confirmar imagen *

CONSULTAR



DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79625409

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Wilson

Primer Nombre

JOAQUIN

Segundo Nombre

ARANGUREN

Primer Apellido

RODRIGUEZ

Segundo Apellido

24 JUNIO 1969

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CALLE 32^A 26 BIS SUR

Dirección de Residencia

9268197

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

COLFONDOS

AFP - Pensiones

\$ 1.620.000

Honorarios

FACTURADOR (URGENCIAS)

Objeto Contractual (Cargo)

01 AGOSTO 2016

Fecha Inicio del Contrato

wilson.aranguren2406@gmail.com

Correo Electrónico

3217117653

Celular

Wilson J. Aranguren

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119191343



WEB

17:15:53

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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 JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79625409:

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 JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 17:18:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79625409
Código de Verificación	79625409181213171815

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., 13 de Diciembre de 2018 - 17:20 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS NUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

79625409

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).

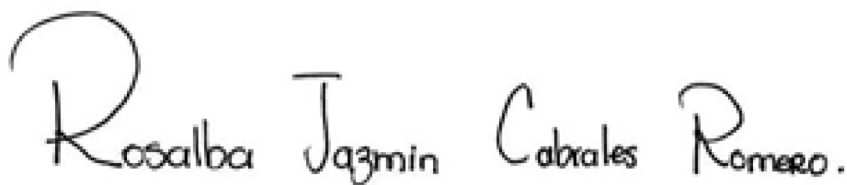
Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

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_J7NQJ_2017**

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:22:13 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **79625409**
Apellidos y Nombres: **ARANGUREN RODRIGUEZ WILSON JOAQUIN**

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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA

COLOMBIA,

2017/11/20

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ**
con Cédula de Ciudadanía número **79625409**
de **BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número

004870190271

Fecha Apertura

2002/09/30

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA