



Activación de su registro | Crea una nueva compañía | SECOPI | Colombia Co | Registrar confirmación

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/CreateAddCompany/Index?CompanyCode=762769076

Aplicaciones | Acceso a Juegos gratis | YouTube | ¡Bienvenido a Facebook! | Películas Online ver | Ranking De los Mej | El Universo de Steph | Bogotá Emprende | Red Emprendedores | Gigantes de la Ind | Fabricando un pad | CÓDIGO DE COMER | Otros marcadores

 [Actualizar contrase](#) | UTC -5 19:08:05 

Encontrar procedimientos | Opciones | Search

ID de página: 14202302 | AYUDA

1. Registrar usuario | 2. Confirmar registro | 3. Crear o agregar compañía

SU REGISTRO HA SIDO COMPLETADO EXITOSAMENTE.
Ahora puede explorar la plataforma mientras su membresía está pendiente.

 **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**
COLOMBIA Fiscal Id. 900959061 En  **espera de aprobación**

[Solicitar otra membresía](#)

Finalizar

© 2014 Verbal | Términos de uso | Normativa | Soporte Remoto | Ayuda | Inglés

018000-52-8808 | Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

ES | 07:08 p.m. 13/11/2017



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: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RICO	NOMBRES FELIX JAVIER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1032411456	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1032411456 D.M. 51		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES ABR AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 88 C # 62 09 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5689263 EMAIL fejav.arom@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	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2005



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: 13-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	
3444484	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Facturación	Apoyo Financiero	DIAGONAL 34 # 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Eduparques S.A		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6015100	DÍA 16 MES 9 AÑO 2008	DÍA 17 MES 3 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Coordinador de Operaciones	Operaciones	Calle 185 No. 45 03, Local 2 01	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERO SA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
5946100	DÍA 7 MES 7 AÑO 2007	DÍA 15 MES 9 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
GUÍA DE OPERACIONES	OPERACIONES	CALLE 185 # 43-03	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	1	3
PRIVADO	1	8



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: 13-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	2	11

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

 13-12-2018

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)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FELIX JAVIER MORA RICO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1032411456 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 88 C # 62 09 sur

Teléfonos 3222709456 5689263

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGEL MANUEL MORA USECHE	1027535220	HIJO(A)
MATIAS MORA GARCIA	1011329895	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	\$ 14.175.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 14.175.000,00

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
Banco Davivienda	AHORROS	0570008480365504	Bogotá D.C.	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Angel Manuel Mora Useche	Manutención	\$ 200.000,00
ICETEX	Pago de préstamo académico	\$ 378.000,00



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



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:

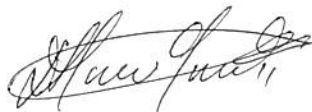
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Alejandra García Orjuela	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1032412980

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


13-12-2018
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Liceo del Ejército Sector Sur
"Santa Bárbara"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 7473 del 19 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Felix Javier Mora Rico

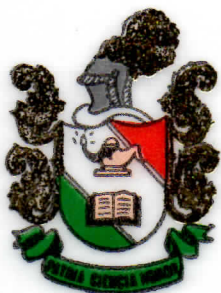
C.I. No. 880412-51942 de Santafé de Bogotá, D.C.

El Título de
Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria



[Firma]

Registro Interno

Acta No. 022 Folio No. **40-36**



Acta de Grado

Liceo del Ejército

Santa Bárbara

Kilometro 3 Vía a Usme - Tel.: 739 06 82

Inscripción S.E. : 1160

Dane: 111850001037

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los siete (07) días del mes de Diciembre de 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del LICEO DEL EJÉRCITO SANTA BÁRBARA, Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media y Autorizada por La Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad Académica, según Resolución No. 7473 del 19 de Noviembre de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Felix Javier Mora Rico

T.I. No. 880412-51942 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 022 de fecha 07 de Diciembre de 2005 que consta de 58 alumnos graduados, comienza con el nombre de Agudelo Gaitán Jorge Andrés y se cierra con el nombre de Velasquez Rico Dailly Vanessa.

Firmada y sellada por Hermes Daniel Quintero Miranda (Rector) y Fanny León Aranda (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 07 días del mes de Diciembre de 2005

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981. No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector

C.C. No. 79.342.055 de Bogotá

Secretaria

C.C. No. 51.830.042 de Bogotá

Bogotá D.C

Señores:

Liceos del Ejército

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Felix Javier Mora Teico, 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:

Bachiller Académico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Felix Javier Mora Teico

No. de documento:

1032411456

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Kr 880 # 09-62408

Teléfono:

372 270 94 56



LA SUSCRITA GERENTE DE TALENTO HUMANO CERTIFICA QUE:

El Señor FELIX JAVIER MORA RICO, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.032.411.456, laboró en nuestra compañía desde el 16 DE SEPTIEMBRE DE 2008 hasta el 17 DE MARZO DE 2009, desempeñando el cargo de COORDINADOR DE SERVICIO AL CLIENTE, Mediante contrato a término indefinido firmado por las partes.

Cordialmente

MARIA CAROLINA GÓMEZ GÓMEZ

Gerente de Talento Humano

www.divercity.com

CENTRO COMERCIAL SANTAFÉ CALLE 185 #43-03 PBX 5946100 FAX 5946100 EXT. 121 BOGOTÁ COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
1.032.411.456

APELLIDOS
MORA RICO

NOMBRES
FELIX JAVIER

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO

18-MAY-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-150013-45150365-M-1032411456-20060714 0387906194A 02 185363345

-CETAMINOEN JARABE
150MG/5ML (3%) FCOX60ML
3000000014000000

9 ML

Cada 6 horas

Via Oral

3 FCO

5 CINCO

DAR 900 VIA ORAL CADA 6 HORAS



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Registro Tributario

001

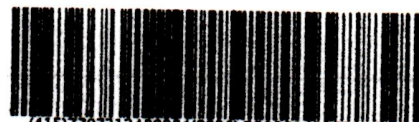
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14355390835



(415)7707212489984(8020) 000001435539083 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 2 4 1 1 4 5 6

9. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

3

2

1

8

5

1

0

6

0

5

1

8

0

1

8

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

1

8

0

5

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1

3

26. Número de identificación:

1 0 3 2 4 1 1 4 5 6

27. Fecha expedición:

2 0 0 6 0 5 1 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1

6

9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

MORA

32. Segundo apellido

RICO

33. Primer nombre

FELIX

34. Otros nombres

JAVIER

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

DG 49 F 6 21 SUR

42. Correo electrónico:

fejav.arom@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 1 0 2 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 5 1 0 2 9

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:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre

RAMOS MEZA JOSE JAVIER

985. Cargo:

Punto de Contacto Presencial



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 29-10-2015

Hora: 11:11:50 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1032411456-6 FELIX JAVIER MORA RICO

Información

Dirección DG 49 F 6 21 SUR
Teléfonos 8110539-3215056167
Dirección fajav.arom@gmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 29/10/2015
Soporte Inscripción 17067167
Fecha Inicio Actividades 29/10/2015
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



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1032411456

APELLIDOS Y NOMBRES

MORA RICO

FELIX JAVIER



PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LINEA

31 - DIC

0030

2ª LINEA

31 - DIC

0040

3ª LINEA

31 - DIC

0030

FECHA DE EXP.

27-MAR-2006

ESP. MIL.

FUSILERO

PROFESIÓN

BACHILLER

UM

LCESB

CDTE. DE DISTRITO

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: FELIX JAVIER MORA RICO
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1988-04-12 Edad: 30 A
Dirección
Empresa: MEDICALL TALENTO HUMANO S A S
Empresa en misión: VIRREY SOLIS
Actividad económica:

Identificación: CC 1032411456

Teléfono:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00215107 Fecha apertura: 20190105 09:09:27

Fecha cierre: 20190105 09:52:49

Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: Supervisor

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

SEROLOGIA VDRL, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES MANEJO POR EPS

Control médico periódico.
Pausas Activa y ejercicios de estiramiento.

Valoración Periódica por EPS.
Valoración por Nutrición y Dietética de EPS.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

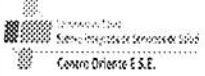
Realizar actividades recreativas y deportivas regularmente.

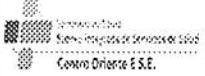
RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: CAMILO ANDRES MERCHAN AREVALO
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 25 -3474 Registro No.: 1022334156

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1032411456

		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:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.	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:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
MORA	RICO		FELIX	JAVIER	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		Nº IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1032411456	BOGOTÁ D.C.	2006-05-18	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1988-04-12	BOGOTÁ D.C.		COLOMBIA	COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NÚMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒			2	2	3222709456
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☒					CUAL:
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA:
CRR 88C # 62 - 09 SUR		BOGOTÁ D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
FEJAV.AROM@GMAIL.COM		NA		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
NA		NA	NA	NA	NA
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
GARCIA	ORJUELA		ALEJANDRA	NA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1032412980	BOGOTÁ D.C.	2006 - JUNIO -16	
PASAPORTE		☐	OTRO	☐	CUAL:
ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐					
NACIONALIDAD: COLOMBIANA					
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCiante ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		IVA	SI ☐ NO ☒	8299	
		ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒	AGENTE EXTENDEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTOGESTIONADOR
				SI ☐ NO ☒	

		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	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIO ☒ SERVICIOS ☒		*NIT 900.959.051			
EXPORTACIONES ☐ AGRICULTURA ☒ ENERGIA ☒ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☒ ALIMENTOS ☒ RECREATIVOS ☐		OTRA ☐ CUAL:			
DIRECCION DE LA EMPRESA DIAGONAL 34 # 5 - 43		TELEFONO 3444484		CUIDAD/MUNICIPIO BOGOTA D.C	
		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		PAIS COLOMBIA	
CARGO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA		FECHA VINCULACION 2016-08-01			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS NA	VENTAS ANUALES NA	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA NA	DESCRIPCION ACTIVIDAD NA	FECHA CONSTITUCION NA	TIPO SOCIEDAD NA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS 		GASTOS FAMILIARES \$ 640.000		AHORROS 	
HONORARIOS \$ 1.410.000		ARRENDOS \$ 490.000		INVERSIONES 	
ARRENDOS 		CUOTA VEHICULO 		VEHICULOS 	
COMISIONES 		CUOTA VIVIENDA 		PROPIEDADES 	
OTROS INGRESOS* 		OTROS EGRESOS* \$ 230.000		OTROS ACTIVOS* 	
TOTAL INGRESOS \$ 1.410.000		TOTAL EGRESOS \$ 1.360.000		TOTAL ACTIVOS \$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS NA		DESCRIPCION OTROS EGRESOS PAGO SEGURIDAD SOCIAL		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS NA	
				DESCRIPCION OTROS PASIVOS CRÉDITO ICETEX	
6. REFERENCIAS PERSONALES <i>(No debe ser familiar ni estar con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)</i>					
PRIMER APELLIDO MORENO		SEGUNDO APELLIDO RICO		PRIMER NOMBRE CINDY	
DIRECCION DIAGONAL 49 F BIS SUR # 6 - 21		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS BOGOTA D.C / CUNDINAMARCA / COLOMBIA		TIPO RELACION HERMANA	
				TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION CELULAR 3154166057	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE PRODUCTO CTA AHORROS		NUMERO 570003490365504	
				SUCURSAL RESTREPO	
				TELEFONO 18000123838	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD NA		TIPO DE PRODUCTO NA		NUMERO NA	
				PAIS/CIUDAD NA	
				MONEDA NA	
				MONTO PROMEDIO NA	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PROMOS ☐ PAGOS ☐ VICIOS ☐ OTRA ☐					
CUAL: NA					
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.):					
FACTURADOR CONSULTA EXTERNA					
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 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. 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

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:

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada 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 de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA 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.

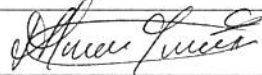
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmutan, 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: varlaft@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. 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 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


 14. Dic - 2018

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 13 de 2018

Señor:
MORA RICO FELIX JAVIER
CC. 1032411456 DG 49F 6 21 SUR - 8110539
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 Noviembre 11 de 2015. 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
MORA USECHE ANGEL MANUEL	1027535220	R	Abr-20-2015	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MORA RICO FELIX JAVIER	1032411456	C	Nov-11-2015	52	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
FELIX JAVIER MORA RICO	1032411456	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FELIX JAVIER MORA RICO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,032,411,456**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1032411456

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Felix

Primer Nombre

Javier

Segundo Nombre

Hora

Primer Apellido

Rico

Segundo Apellido

12/04/88

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C.

Ciudad de Nacimiento

Kr 88c # 62-09501

Dirección de Residencia

5689263

Teléfono Fijo

Salud Total

EPS - Salud

Parvenio

AFP - Pensiones

s 1'400.000

Honorarios

Aux. Facturación

Objeto Contractual (Cargo)

01-Ago-2016

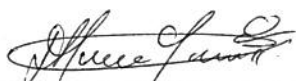
Fecha Inicio del Contrato

Fejav.aron@gmail.com

Correo Electrónico

322 270 94 36

Celular



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119193428



WEB

17:52:28

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) FELIX JAVIER MORA RICO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032411456:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 17:54:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032411456
Código de Verificación	1032411456181213175448

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 - 17:56 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS**

1032411456

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_HDL4I_5617**

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 17:57:34 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1032411456**

Apellidos y Nombres: **MORA RICO FELIX JAVIER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

[Volver al Inicio](#)



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SUBRED CENTRO ORIENTE**

13/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FELIX JAVIER MORA RICO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032411456**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570008480365504
Fecha de apertura	17/02/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA