- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

## Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Nombre | Correo electrónico | Fecha de registro | Acceso a la cuenta | Última actualización de estado | Usuario | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| jean paul alarcon barragan | jeanpaulalarcon@gmail.com | 3/25/2018 3:28:07 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)* | Aceptado | 3/25/2018 6:40:18 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)* | Activo | Editar | Detalle |

**OPCIONES**

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

**VER**

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

**HERRAMIENTAS**

*Herramientas no está disponible.*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| ALARCON | BARRAGAN | JEAN PAUL |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *SEXO* | *NACIONALIDAD* |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80728971 | F ( ) M (X) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 81080206666 D.M 51

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 2 MES AGO AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CL 30 A SUR 1 53 ESTE

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2076650

EMAIL jeanpaulalarcon@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 BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* BACHILLER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES DICIEMBRE AÑO 1998 |
| | | | | | | | | | | X | |

*EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)*

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 3 | X | | ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL | 8 | 2013 | 4652 |
| ES | 3 | X | | ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD PUBLICA | 4 | 2012 | |
| UN | 10 | X | | ODONTOLOGO (A) | 12 | 2006 | 999 |

*DOMINIO DE IDIOMAS*

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Ingles | | X | | | X | | | X | |



Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**ENTIDAD RECEPTORA**

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

## 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. | pic@subredcentrooriente.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3642125 | DIA 7 MES 9 AÑO 2016 | DIA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | SALUD PUBLICA | DIAGONAL 34 No. 5-43 |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| BAKER TILLY UT | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | bakertillyut@bakertillycolombia.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6167989 | DIA 7 MES 7 AÑO 2014 | DIA 26 MES 8 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUDITOR | SALUD | CL 90 11 A 41 PISO 3 |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | saludpublica@esesancristobal.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3642125 - 3618279 | DIA 4 MES 8 AÑO 2009 | DIA 15 MES 8 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | SALUD PUBLICA | KR 3 A ESTE 31 C 21 SUR |



Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

## 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* |
|---|---|---|---|
| D VENT | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Boyacá | Guateque | d-vent@hotmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 2570054 | DIA 1 MES 4 AÑO 2009 | DIA 30 MES 6 AÑO 2009 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| odontologo | salud | kr 7 A 9 51 |

**EMPLEO O CONTRATO**

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| PROTECCION ORAL | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | contacto@proteccionoral.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 6139249 | DIA 1 MES 10 AÑO 2008 | DIA 30 MES 10 AÑO 2008 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| odontologo | salud | AV SUBA 125 29 |

**EMPLEO O CONTRATO**

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Boyacá | Guayatá | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7540388 | DIA 4 MES 6 AÑO 2007 | DIA 4 MES 6 AÑO 2008 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| ODONTOLOGO | SALUD | KM 1 VIA SUTATENZA |

## 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 | 7 | 0 |
| PRIVADO | 3 | 6 |



Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

## 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 | 10 | 6 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80728971 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** CL 30 A SUR 1 53 ESTE **Teléfonos** 3043835126 2076650

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ANA RITA BARRAGAN ESCOBAR | 41759139 | MADRE |
| FELIX ESTEBAN ALARCON BARRAGAN | 79155728 | PADRE |

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 | $ 40.200.000,00 |
| 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 | $ 40.200.000,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORROS | 8480313736 | 20 DE JULIO | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| VEHICULO | AUTOMOVIL | $ 35.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| PICHINCHA | CREDITO | $ 30.000.000,00 |



Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

## 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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



Scanned by CamScanner

# EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

## Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

SEGÚN PERSONERÍA JURÍDICA OTORGADA POR LA RESOLUCIÓN No. 1384 DEL 1° DE ABRIL DE 1975

confiere el título de Odontólogo

A Jean Paul Alarcon Barragan

Identificado con la C. C. No. 80'728.971 expedida en Bogotá D.C

En testimonio de ello se expide el presente diploma en Bogotá D.C a los 13

días del mes de Diciembre del año 2006 y lo refrenda con sello respectivo

Presidente Consejo Directivo

Rector

Decano

Secretario General

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD CES

*Un Compromiso con la Excelencia*

*Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007*

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

**Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1653**
**Real Cédula del 31 de diciembre de 1651**
**Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN**

Por cuanto *Jean Paul Alarcon Barragan* C.C. Nº *80728971*

Egresado de la Universidad *Colegio Odontologico Colombiano*

en virtud del convenio (Resolución 35061 de septiembre 25 de 1995), ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, la Universidad CES le confiere el título de

# Especialista en Gerencia de la Salud Pública

Registrado bajo el Nº *35149* Folio *105* Libro *30* y refrendado por la Secretaría General de la Universidad CES en la ciudad de Medellín, República de Colombia, a los *Veintisiete* ( *27* ) días del mes de *Abril* de dos mil *Doce* (20*12*)

El Rector de la Universidad - CES

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

La Secretaría General de la Universidad - CES

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad - CES

La Decana de la Facultad de Administración del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

*4959*

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD CES

*Un Compromiso con la Excelencia*

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Real Cédula del 31 de diciembre de 1651
Resolución 59 del 16 de septiembre de 1895

Por cuanto *Jean Paul Alarcón Barragán* C.C. Nº *80.728.971 Bogotá D.C.*

Egresado de la Universidad *Colegio Odontológico Colombiano*

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, la Universidad CES, en virtud del convenio celebrado entre ambas instituciones, le confiere el título de

# Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional

Registrado bajo el Nº *11234* Folio *313* Libro *313* y refrendado por la Secretaría General de la Universidad CES en la ciudad de Medellín, República de Colombia, a los *Treinta* ( *30* ) días del mes de *Agosto* de dos mil *Trece* (20*13*)

El Rector de la Universidad - CES

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

La Secretaria General de la Universidad - CES

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad - CES

El Decano de la Facultad de Administración del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Generated by CamScanner from intsig.com

Scanned by CamScanner

# Colegio Odontológico Colombiano

## Consejo Directivo

*Los suscritos Presidente y Secretaria del Consejo Directivo del Colegio Odontológico Colombiano, expiden copia auténtica del Acta de Grado del*

*Alumno:* ***ALARCON BARRAGAN JEAN PAUL***
*Portador de la C.C. No.* ***80728971*** *expedida en* ***Bogotá D.C.***
*y que a la letra dice, Folio No.* ***90*** *del libro de registro No. 2*
*Registro diploma No.* ***10498*** *Acta No. 132*

*En la ciudad de Bogotá, D.C. , a los trece (13) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006) en el Auditorio del Centro de Convenciones "Gonzalo Jiménez de Quesada" siendo a las 7:00 p.m. y ante la presencia del Doctor JORGE ARANGO TAMAYO, Presidente del Consejo Directivo, del Doctor JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA, Rector, de la Doctora ROSA ELENA ARANGO MEJIA, Secretaria General del Colegio Odontológico Colombiano, del Doctor FARID SAAB CHALELA, Padrino de la Septuagésima Primera (LXXI) promoción, del Doctor ANDREW TAWSE SMITH, Decano de la Facultad de Odontología de Bogotá y del Doctor JAVIER BARRAGAN ESPINOSA, Decano de la Facultad de Odontología Extensión Santiago de Cali, y demás miembros del Consejo Directivo del Colegio Odontológico Colombiano, se llevó a cabo la ceremonia de grado de alumnos que culminaron su programa académico y que por lo tanto cumplieron con la totalidad de requisitos exigidos en el Estatuto y los Reglamentos de la Institución.*

*El señor Rector tomó a los graduandos el juramento estatutario e hizo entrega a cada uno de ellos del Diploma de* ***Odontólogo,*** *que otorga al Colegio Odontológico Colombiano, según aprobación contenida en la Resolución 18391 del 15 de Octubre de 1979 del Ministerio de Educación Nacional y renovada mediante Resolución No. 188 del 24 de Enero de 2006 del Ministerio de Educación Nacional, que otorga el registro calificado para la Facultad de Odontología del Colegio Odontológico Colombiano - Bogotá, D.C. que los acredita para ejercer la profesión de Odontólogos en todo el territorio Nacional.*

*El Presidente (fdo) JORGE ARANGO TAMAYO, la Secretaria (fdo) ROSA ELENA ARANGO MEJIA. Hay sellos del Presidente y de la Secretaria.*

*Dada en Bogotá D.C, a los trece (13) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006)*

JORGE ARANGO TAMAYO
*Presidente*

ROSA ELENA ARANGO MEJÍA
*Secretaria*

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1985, expedida por el Ministerio de Gobierno

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN**
Programa de **ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE SALUD PÚBLICA-**
**CONVENIO UNIVERSIDAD CES-MEDELLÍN**

**Acta individual de Grado No. 51122**

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintisiete (27) de Abril de dos mil doce (2012) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA**

a

**JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**

Identificado con Cédula de Ciudadanía. No. 80728971, quién cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 4959, registrado bajo el No. 35149 del libro No. 30 folio 105.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado firmada por:

| | |
|---|---|
| FERNANDO LOCANO BOTERO | DECANO |
| CARLOS EDUARDO MÉNDEZ ÁLVAREZ | COORDINADOR DE POSGRADOS |
| MIGUEL ANGEL PÉREZ PORTILLO | SECRETARIO ACADÉMICO |

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de Abril de dos mil doce (2012).

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

**MIGUEL ANGEL PEREZ PORTILLO**
Secretario Académico

**CATALINA LLERAS FIGUEROA**
Secretaria General

ACTA DE GRADO

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

# ACTA DE GRADUACIÓN N°11349
## Viernes, 30 de agosto de 2013

**Facultad:** Medicina
**Programa:** Postgrado en Salud Pública
**Componente:** Gerencia de la Salud Ocupacional
**Código SNIES:** 5507

En la ciudad de Bogotá D.C., departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el viernes, 30 de agosto de 2013, a las 15:00 horas, en el Claustro, Capilla de la Bordadita, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual en virtud del convenio con la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, la Universidad CES confirió el título profesional de **Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional** a **Jean Paul Alarcón Barragán**, con documento de identidad **80.728.971** de **Bogotá D.C.**

El acto estuvo presidido por el doctor Hans Peter Knudsen Quevedo, Presidente delegado y Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Cumplidos los reglamentos y previa toma del juramento correspondiente, el presidente de la ceremonia procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 484 del martes, 20 de agosto de 2013 y el convenio suscrito entre la Universidad CES y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario en el año 1995.

En constancia se firma la presente acta en la ciudad de Medellín por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la facultad de Medicina de la Universidad CES, Secretaria General de la Universidad CES y en la ciudad Bogotá por la Secretaria General de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

**José Maria Maya Mejía**
**Rector**
**Universidad CES**

**Jorge Julián Osorio Gómez**
**Decano**
**Universidad CES**

**Patricia Chejne Fayad**
**Secretaria General**
**Universidad CES**

**Catalina Lleras Figueroa**
**Secretaria General**
**Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario**

***El diploma fue registrado en el Folio 313 Número 11234. El viernes, 30 de agosto de 2013. Firma:***



Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN 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:

ODONTOLOGO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 80728971

Tarjeta profesional No: RES 999

Dirección de contacto: CL 30 A SUR 1 – 53 ESTE

Teléfono: 3043835126

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

_COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO_____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, __JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN_____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:

_____ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: ___80728971_____

Tarjeta profesional No:__RES 4652 DE 15-04-2014_____

Dirección de contacto: ____CL 30 A SUR 1 – 53 ESTE_____

Teléfono: _____3043835126_____

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

_COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO_____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, __JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN_____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:

_____ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD PUBLICA_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: ___80728971_____

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: ___CL 30 A SUR 1 – 53 ESTE_____

Teléfono: _____3043835126_____

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**, identificado con CC. N° 80.728.971, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relación a continuación.

| Nº CONTRATO | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION | VALOR C/TO |
|---|---|---|---|
| 994-2009 | 04/08/2009 | 31/08/2009 | $ 1.728.000 |
| 1024-2009 | 01/09/2009 | 30/09/2009 | $ 1.920.000 |
| 1066-2009 | 01/10/2009 | 30/11/2009 | $ 3.840.000 |
| ADC. 1066 | 01/12/2009 | 15/12/2009 | $ 960.000 |
| 040-2010 | 14/01/2010 | 15/06/2010 | $ 10.082.667 |
| ADC. 040 | 16/06/2010 | 15/08/2010 | $ 3.980.000 |
| 852-2010 | 17/08/2010 | 24/12/2010 | $ 8.490.667 |
| ADC.852 | 25/12/2010 | 14/01/2011 | $ 1.326.667 |
| 491-2011 | 15/02/2011 | 28/04/2011 | $ 5.056.667 |
| ADC. 491 | 29/04/2011 | 31/05/2011 | $ 2.186.667 |
| 1003-2011 | 01/06/2011 | 30/11/2011 | $ 12.300.000 |
| ADC. 1003 | 01/12/2011 | 15/01/2012 | $ 3.075.000 |
| 381-2012 | 16/01/2012 | 30/06/2012 | $ 11.763.867 |
| 725-2012 | 01/08/2012 | 30/09/2012 | $ 6.432.000 |
| ADC. 725 | 01/10/2012 | 30/11/2012 | $ 6.432.000 |
| 1402-2012 | 01/12/2012 | 31/01/2013 | $ 7.165.668 |
| ADC. 1402 | 01/02/2013 | 28/02/2013 | $ 3.582.834 |
| 344-2013 | 01/03/2013 | 31/07/2013 | $ 21.936.675 |
| ADC. 344 | 01/08/2013 | 31/08/2013 | $ 4.387.335 |
| 1465-2013 | 01/09/2013 | 30/11/2013 | $ 3.126.667 |
| 2902-2014 | 02/09/2014 | 30/09/2014 | $ 3.489.667 |
| 3350-2014 | 03/10/2014 | 31/10/2014 | $ 3.610.000 |
| 3788-2014 | 01/11/2014 | 30/11/2014 | $ 3.610.000 |
| 4465-2014 | 01/12/2014 | 31/12/2014 | $ 3.610.000 |
| 144-2015 | 01/01/2015 | 31/01/2015 | $ 3.610.000 |
| 972-2015 | 01/02/2015 | 31/03/2015 | $ 7.220.000 |
| 1554-2015 | 01/04/2015 | 31/07/2015 | $ 14.968.504 |
| 1933-2015 | 01/05/2015 | 31/07/2015 | $ 13.317.000 |
| ADC. 1933 | 01/08/2015 | 30/09/2015 | $ 8.878.000 |
| 3034-2015 | 01/10/2015 | 30/11/2015 | $ 8.878.000 |
| 3616-2015 | 01/12/2015 | 31/12/2015 | $ 4.439.000 |



Scanned by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 474-2016 | 01/01/2016 | 31/01/2016 | $ 4.439.000 |
| 977-2016 | 11/02/2016 | 15/08/2016 | $ 27.373.833 |
| 02-PS-1163-2016 | 05/09/2016 | 23/11/2016 | $ 7.666.667 |
| PS-2792-2017 | 10/01/2017 | 31/03/2017 | $ 8.640.000 |
| PS-3491-2017 | 11/04/2017 | 31/03/2018 | $ 46.666.667 |

**OBSERVACIONES**

- **CON UNA TERMINACION BILATERAL DE LA OPS No.852-2011 A PARTIR DEL 01 DE ENERO DE 2011**
- **CON UNA TERMINACION BILATERAL DELA OPS 1554-2015 A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2015**

Contratos 994-2011 al 725-2012

**OBJETO CONTRACTUAL**

**APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL EN EL AREA DE ODONTOLOGIA EN SALUD PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE EJECUTA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Odontólogos para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFDy la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales.3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.

Contrato 1402-2012

**OBJETO CONTRACTUAL**

**APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL DE LA SALUD ESPECIALIZADO PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Prestar sus servicios como Profesional de la Salud Especializado para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFDy la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud

Contrato 344-2013 – 1465-2013

**OBJETO CONTRACTUAL**

**APOYO Y SOPORTE COMO ESPECIALISTA PARA LA COORDINACION DE TERRITORIOS ENEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL**

OBLIGACIONES ESPCIFICAS

1. Prestar sus servicios como Especialista para la Coordinación de territorios en el desarrollo de actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE . 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades



Scanned by CamScanner

contractuales . 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar .5. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos.

Contrato 2902-2014 al 144 -2015
**OBJETO CONTRACTUAL**
**APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios como Apoyo a la Gestión Operativa para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE . 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales.3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.4. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos

Contrato 1933-2015 al 977-2016
**OBJETO CONTRACTUAL**
**APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO, PARA EL PROGRAMA DE TERRITORIOS SALUDABLESEN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios como Apoyo a la Gestión Operativa para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.4. Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos.

Contrato 02-PS-1163-2016
**OBJETO CONTRACTUAL**
**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL ESPACIO DE EDUCACION, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2.Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.



Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Contrato PS-2792-2017
**OBJETO CONTRACTUAL**
**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2.Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS-3491-2017
**OBJETO CONTRACTUAL**
**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2.Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C, el día 25 de enero de 2018.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

**BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ**
**Directora Contratación**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo



Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80728971

ALARCON BARRAGAN
APELLIDOS

JEAN PAUL
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

18-ENE-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500100-42092012-M-0080728971-20010704 07071 01177E 01 101445750

Scanned by CamScanner

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14357075962

(415)7707212489984(8020) 000001435707596 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 7 2 8 9 7 1 | 3 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 8 0 7 2 8 9 7 1 | 2 0 0 1 0 1 1 8 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALARCON | BARRAGAN | JEAN | PAUL |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 30 A SUR 1 53 ESTE BRR BELLO HORIZONTE

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| jeanpaulalarcon@gmail.com | | 2 0 7 6 6 5 0 | 3 0 0 2 0 8 8 4 7 8 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 2 | 2 0 0 6 1 2 1 2 | 7 4 9 0 | 2 0 1 5 1 1 2 0 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

| 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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 1 1 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: ALARCON BARRAGAN JEAN PAUL
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-11-2015 01:50:18PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-11-2015
Hora: 3:05:35 PM


**CONTRIBUYENTE** NIT 80728971-3 JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

**Información General**

*Dirección* CL 30 A SUR 1 53 ESTE

*Teléfonos* 2076650/3043835126

*Dirección electrónica* jeanpaulalarcon@gmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 31/12/2014

*Soporte Inscripción* 16402888

*Fecha Inicio Actividades* 31/12/2014

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAL

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 15000259426

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.



Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

## FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   -Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   -Ingresar a la carrera administrativa
   -Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehiculos
   -Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   -Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   -Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentacíon inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

006251

COMANDANTE ZONA

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JEAN PAUL

ALARCON BARRAGAN

C.C 80728971

ODONTOLOGO(A)

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 04/08/2008

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

GOBERNACION DE BOYACA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN NUMERO 999 DE

07 JUL 2009

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorizaciòn.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, y,

CONSIDERANDO:

Que JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN , identificado con Cédula de Ciudadanìa Número 80.728.971 expedida en Bogotà, ha solicitado el registro de su titulo como ODONTOLOGO que le otorgó EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO de la ciudad de Bogotà el dìa 13 de Diciembre de 2006 .

Que dicho título se encuentra registrado en EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO , Libro de Registro N°2 , Folio N°90 , Registro No 10498 , Diploma N°xxxx .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio social Obligatorio en EL HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA E.S.E. , en el período comprendido entre el 4 de Junio de 2007 y el 3 de Junio de 2008, .

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de ODONTOLOGO a JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN con Cédula de Ciudadanía Número 80.728.971 expedida en Bogotà en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resoluciòn rige a partir de la fecha de expediciòn.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 07 JUL 2009

WILSON FERNANDO MARTÍN DÍAZ
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.

Elaboro: Rosa Maria Mesa

Scanned by CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

( 25 ABR. 2011 3252 )

Por medio de la cual se modifica la Resolución número 1886 de 6 de abril de 2009, por medio de la cual se otorgó registro calificado al programa de Especialización en Gerencia de la Salud Ocupacional de la Universidad CES, para ser ofrecido en Bogotá D.C.

**EL VICEMINISTRO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**
en ejercicio de las funciones delegadas mediante resolución 6663 de 2 de agosto de 2010, y,

**CONSIDERANDO:**

Que la Ley 30 de 1992 señala como objetivo de la educación superior y de sus instituciones, prestar a la comunidad un servicio con calidad referido a los resultados académicos, a los medios y procesos empleados, a la infraestructura institucional, a las dimensiones cualitativas y cuantitativas del mismo y a las condiciones en que se desarrolla cada institución.

Que por medio de Resolución número 1886 de 6 de abril de 2009 se otorgó registro calificado al programa de Especialización en Gerencia de la Salud Ocupacional de la Universidad CES, para ser ofrecido en Bogotá D.C., bajo la metodología presencial.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 42 del Decreto 1295 de 2010, las modificaciones relacionadas con el cambio en el número total de créditos del plan de estudios requieren de aprobación previa por parte del Ministerio de Educación Nacional.

Que la Universidad CES, a través del Sistema de Aseguramiento de la Calidad en Educación Superior –SACES, informó a este Ministerio las modificaciones efectuadas al programa de Especialización en Gerencia de la Salud Ocupacional en lo relacionado con el cambio en los contenidos curriculares y en el número total de créditos, que se modifica de 32 a 35.

Que este Despacho considera procedente acceder a lo requerido por la institución, y en consecuencia,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Modificar parcialmente el artículo primero de la Resolución número 1886 de 6 de abril de 2009, en lo relacionado con el número de créditos, los cuales pasan de 32 a 35.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Aprobar los cambios en los contenidos curriculares del programa.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Los cambios efectuados en el programa identificado en esta resolución, deberán ser registrados en el Sistema Nacional de la Información de la Educación Superior – SNIES.

**ARTÍCULO CUARTO.-** De conformidad con el artículo 39 del Decreto 1295 de 2010, la oferta y publicidad del programa deberá ser clara, veraz y corresponder con la información registrada en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES-, incluir el código SNIES asignado, y señalar que se trata de una institución de educación superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional.

**ARTÍCULO QUINTO.-** Con el objeto de preservar los derechos adquiridos de los alumnos matriculados con anterioridad a la ejecutoria de la presente Resolución, las cohortes en curso deberán culminar sus estudios bajo las condiciones con las cuales dieron inicio, sin perjuicio de la aplicación del plan de transición que la institución lleve a cabo para tal fin.

**ARTÍCULO SEXTO.-** La presente resolución, no modifica el término de vigencia del registro calificado otorgado mediante la Resolución número 1886 de 6 de abril de 2009.

Scanned by CamScanner

**ARTÍCULO SÉPTIMO.-** Notificar por conducto de la Secretaría General de este Ministerio la presente resolución, al representante legal de la Universidad CES, o a su apoderado, haciéndole saber que contra ésta procede el recurso de reposición, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación, en los términos del Código Contencioso Administrativo.

**ARTÍCULO OCTAVO.-** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

Dada en Bogotá D. C., a los 25 ABR 2011

**EL VICEMINISTRO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**JAVIER BOTERO ÁLVAREZ**

Scanned by CamScanner

## ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

80728971

Primer Nombre *

JEAN

Primer Apellido *

ALARCON

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

### Resultado General -2019-01-21→11:28:33 PM -2019-01-21→11:31:37 PM

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 80728971 | JEAN | PAUL | ALARCON | BARRAGAN | Ver |

### Información Detallada [CC: 80728971] JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

### 2019-01-21→11:31:37 PM

### Información Académica

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Odontología | 2008/7/07 | GOBERNACION DE BOYACA |

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

Bogotá 23 de Enero de 2019

Señores

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA ODONTOLOGICA

Cordial saludo, por medio de la presente me dirijo a ustedes yo JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN identificado con cedula de ciudadanía 80728971 de Bogotá, para realizar la solicitud del certificado de antecedentes disciplinarios. Esto debido a que este me es solicitado por la entidad donde labor SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, para la generación de nuevo contrato laboral.

Autorizo a MAGDA ROCIO MORA SEPULVEDA identificada con cedula de ciudadanía 1018402874 de Bogotá, a reclamar la certificación de antecedente en mención en caso de no poderlo hacer personalmente.

Gracias

Cordialmente

JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

CC 80728971 de Bogotá.

Scanned by CamScanner

## ESQUEMA ANTIRRABICO

| | Nº DOSIS | Nº DIA | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| POST-EXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 3 | | |
| | 3ª | 7 | | |
| | 4ª | 14 | | |
| | 5ª | 28 | | |
| PRE-EXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 7 | | |
| | 3ª | 28 | | |
| | Refuerzo | 1 año | | |
| | Refuerzo | 3 años | | |

| OTRAS | | |
|---|---|---|
| | Prueba de Tuberculina | 1ª Dosis |
| | | 2ª Dosis |
| | | 3ª Dosis |
| | Gamaglobulina | |
| | Suero Antiofídico | |
| | Suero Antirrábico | |
| Anotaciones Especiales | | |

VIGILADO Supersalud

# Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

14339

## CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Jeanpaul Alarcon Barragan

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M

TELEFONO _____

Sv004

---

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

---

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Jean Paul |
| Apellidos: | Alarcón |
| Documento de identidad: | C.C. X T.I. Pasaporte No. 80.728.971 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 02 Mes 08 Año 1981 |

---

**Este carné es válido en Colombia**
**Será exigido para entrar a zonas de riesgo**

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

***POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO***

---

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Jean Paul |
| Apellidos | Alarcon Barragan |
| Documento de Identidad: | CC X TI PASAPORTE No. 80728971 |
| Fecha de Nacimiento: | Día: Mes: Año: |

---

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO.*

---

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Jean paul. |
| Apellidos: | Alarcon Barragan |
| Documento de identidad: | C.C. X T.I. Pasaporte No. 80728971 |
| Fecha de Nacimiento: | Día. 02 Mes. 08 Año. 1981 |

Scanned by CamScanner

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9 m̂ | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| T.D. | 1ª Dosis | 25 JUL. 2008 | |
| | 2ª Dosis | Agosto 8/2010 HSC | |
| | Refuerzo | Feb. 10/2011 HSC | |
| TETANO | 1ª Dosis | Upa: Bello Horizonte. | |
| | 2ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| FIEBRE AMARILLA LOTE N° (Valida por 10 años) | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| Neumococo Conjugado | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |
| | 4ª | | |
| Neumo. Polisacarido | 1ª | | |
| | Refuerzo | | |
| Hepatitis A | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Varicela | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Influenza (Gripe) | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 21.11.15 | 013N4015A ABril 2016 | Compensar |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 25/07/2009 | D2251/DIC | CRUZ ROJA |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | 1 | 21.11.15 | 17055 Enero 2016 | Compensar |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| AH1N1 | 1 | 15-05-10 | ES0422318-6 | Upa Bello Horizonte. |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | Enero 2/01 | | Compensar |
| | 2 | Feb 5/01 | | |
| | 3 | Marzo 8/01 | | |

Ref. Marzo 16/02.

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 21-01-19 | Serum 31-12-20 0128W13002 | SRC |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | | | |
| Otras | | | | |

Scanned by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

**FECHA** 23-ene-2019 **HORA** 14:34:07
**EMPRESA** PARTICULAR
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO
**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Jean Paul Alarcon Barragan
Edad 37 años 5 meses 21 dias
Documento de Identificación: CC Número: 80728971
Cargo REFERENTE ESPACIO TRABAJO

**Diagnóstico 1:** Z100 Examen de salud ocupacional

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Otras Recomendaciones:** 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2. / Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 3/ Hábitos alimenticios saludables, comer a horarios. 4/ Pausas activas generalizadas de predominio en manos con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/ Pausas visuales cada 3 horas si está expuesto a permanecer prolongadamente frente a un equipo de cómputo 6/ Para postura sentado se recomienda la altura de la superficie de trabajo debe estar acorde con la silla que va a utilizar, mantener los codos a 90 grados y las rodillas, por lo cual es necesario organizar la altura de la silla con respecto al escritorio.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO

**Apto** PARA EJERCER CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

**Médico**

Firma
Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM. 15344 Lic.SO:

**Trabajador**

Firma
Nombre: Jean Paul Alarcon Barragan
CC N° 80728971

Huella


Calle 27 sur No.14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50
Tel.: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaluddelolaya@gmail.com


Scanned by CamScanner

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

**AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: _____

Nombre: Jean Paul Alarcon Barraza

CC No. 80728971

Scanned by CamScanner

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

| FECHA: | 2019-01-22 | CIUDAD: | BOGOTA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ALARCON | BARRAGAN | JEAN | PAUL | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 80728971 | BOGOTA | 2011-01-18 |
| PASAPORTE | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X | | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1981-08-02 | BOGOTA | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X | CASADO(A) | DIVORCIADO(A) | UNION LIBRE | 0 | 0 | 3043835126 |
| VIUDO(A) | | | | | | |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | POSGRADO | UNIVERSITARIO TECNOLOGO | BACHILLER | OTRO | PRIMARIA | TECNICO | CUAL: | |
| | X | | | | | | | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CL 30 A SUR 1 - 53 ESTE | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 2076650 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| jeanpaulalarcon@gmail.com | | PROPIA | FAMILIAR x | ARRENDADA |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | ESTUDIANTE | HOGAR | PENSIONADO | | |
| SOCIO | CONTRATISTA X | COMERCIANTE | EMPLEADO PUBLICO | CUAL: | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | EMPLEADO SOCIO | | OTRA. . . . . | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI X | NO | SI | NO X | 8622 | 7490 |
| | NO | | ICA | SI X NO | PRINCIPAL: X | SECUNDARIA: |

| GRAN CONTRIBUYENTE | SI | NO X | AGENTE RETENEDOR | SI | NO X | AGENTE AUTORETENEDOR | SI | NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Scanned by CamScanner

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

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☐ | SALUD ☐ | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| CARGO ACTUAL | | FECHA VINCULACION | |
|---|---|---|---|

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | $ 0 | GASTOS FAMILIARES | $ 0 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 4.500.000 | ARRIENDOS | $ 0 | INVERSIONES | $ 0 | TARJETAS DE CREDITO | $ 0 |
| ARRIENDOS | $ 0 | CUOTA VEHICULO | $ 1.260.000 | VEHICULOS | $ 40.000.000 | DEUDA VEHICULOS | $ 16.000.000 |
| COMISIONES | $ 0 | CUOTA VIVIENDA | $ 0 | PROPIEDADES | $ 190.000.000 | DEUDAS TERCEROS | $ 0 |
| OTROS INGRESOS* | $ 0 | OTROS EGRESOS* | $ 0 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 4.500.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 1.260.000** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 230.000.000** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 16.000.000** |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| MORA | SEPULVEDA | MAGDA | ROCIO |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| KR 76 14-56 TR 5 APT 1005 | BOGOTA | AMISTAD | 3105771557 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORROS | 8480313736 | 20 DE JULIO | 338-3838 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL:

## 8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

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

*Digite su profesión* ODONTOLOGO-PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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 destinaran a actividades licitas.
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 mi 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.

Scanned by CamScanner

## 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

## AUTORIZACION

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

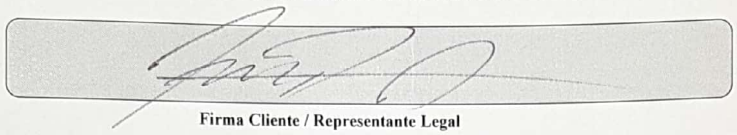
**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
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 haran 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 capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 onsecuencia, 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 mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de

Scanned by CamScanner

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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice 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: | | |

Scanned by CamScanner

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

## HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN identificado(a) con cedula ciudadania 80.728.971 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro | Semanas Cotizadas |
|---|---|---|
| 20170301 | No Registrada | 294 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Enero de 2.019

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10718856



Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80728971,** se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/06/2017 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2019.

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

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

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**
**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-024**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| 80728971 | BOLIVAR |
|---|---|
| Numero de Documento | ARL |

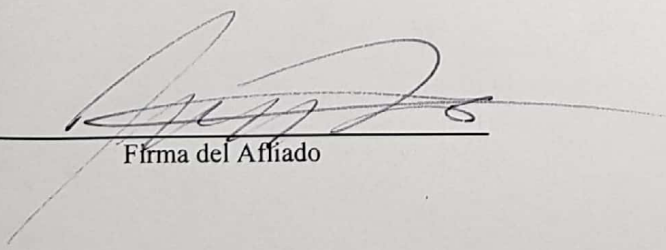
| JEAN | PAUL | ALARCON | BARRAGAN |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| 02/08/1981 | BOGOTA | CL 30 A SUR 1 53 ESTE | 2076650 |
|---|---|---|---|
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| COMPENSAR | COLPENSIONES | $4.500.000 |
|---|---|---|
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | |
|---|---|
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| jeanpaulalarcon@gmail.com | 3043835126 |
|---|---|
| Correo Electrónico | Celular |



Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**
**Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484**

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 121030185

WEB
23:06:18


Bogotá DC, 21 de enero del 2019

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) JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80728971:

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.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de enero de 2019, a las 23:11:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 80728971 |
| Código de Verificación | 807289711901212311 57 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2713182**

**Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 23:16 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) **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN** de BOGOTA D.C.

**80728971**

**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 figueren 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 Jazmin Cabrales Romero.

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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_JFYX3_1623**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 23:21:04 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80728971**
Apellidos y Nombres: **ALARCON BARRAGAN JEAN PAUL**

**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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

## A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2015/11/19
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
con Cédula de Ciudadanía número 80728971
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)**

| | |
|---|---|
| Número | 008480313736 |
| Fecha Apertura | 2009/07/28 |

Cordialmente,

DAVIVIENDA
6682 OFICINA CALLE 19

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 Rev. IV - 06

Scanned by CamScanner