Bogotá D.C. 20/08/2025

Doctora.
LUCIA MORA
Subgerencia De Prestación De Servicios De Salud (E)
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: Erik Jean Pool Ariza Castellanos

Perfil: Auxiliar de Enfermería

Respetada Doctora Lucia Mora reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente.

CC**: 1.101.174.371**

Dirección: Kra 11ª # 32ª-44 sur

E-mail: erikariza8@gmail.com

Teléfono: N/A Celular: 3138929833

En el nombre de la República de Colombia

COLEGIO CRISTIANO DE COLOMBIA

Concede a:

ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS

C. C. No. 1.101.174.371 de Bogotá

Por haber cursado, culminado y aprobado satisfactoriamente los estudios del CICLO VI de la educación formal por ciclos para jóvenes y adultos de acuerdo con las normas del Ministerio de Educación Nacional, la Ley 115 de 1994, el Decreto 1075/2015. Comprobada la situación académica del estudiante se procedió a inscribir su nombre en el acta de graduandos y a concederle el titulo de:

Bachiller Académico 2023

En constancia se firma, el presente DIPLOMA ORIGINAL por las directivas de la institución:

EL RECTOR:

COLEGIO CRISTIANO DE COLOMBIA RECTORÍA

Lic. Francisco Hernando López Casallas
C. C. No. 80.128.829 de Bogotá

Secretario Académico:

COLEGIO CRISTIANO DE COLOMBIA SECRETARIO ACADÉMICO

Samuel David Balanzó Barrera
C. C. No. 1.031.149.541 de Bogotá

Se expide en Bogotá, a los 30 del mes de Junio de 2023

No requiere registro según Decreto Presidencial No. 2150 de 06/12/1995

COLEGIO CRISTIANO DE COLOMBIA

2023

ORIGINAL

www.colegiocristianodecolombia.com
colegiocristianodecolombia@gmail.com

Resolución
No.06-0006
de 03/10/2019
Preescolar hasta
grado Undécimo.

Res. No.18-009
de 03/29/2019
Educación por
Ciclos Jóvenes
y adultos.

Colegio Cristiano de Colombia
Sede: Calle 46 A sur No. 23 C 46 Teléfono (601) 2792054
Contacto: Rectoría (+57) 314 431 2348 - Coordinación Campus Virtual(+57) 350 737 5572
Orientación a la Educación Virtual y Validacion (+57) 312 273 1311 - Bachillerato por Ciclos (+57) 312 272 8743
Bogotá, Colombia.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

PROM 2023

En la sede del Colegio Cristiano De Colombia se dieron cita el Señor Rector Francisco Hernando López Casallas identificado con C.C 80.128.829 de Bogotá y el Señor Secretario Académico Samuel David Balanzó Barrera identificado con C.C 1.031.149.541 de Bogotá, para formalizar la Proclamación de Graduandos Bachilleres 2023.

Comprobada la situación legal de cada uno de los estudiantes y verificando el cumplimiento de los requisitos de grado según el decreto 1075 del 2015 se procedió a incluir el nombre del estudiante de la referencia en el Acta General de Grado identificado como aparece al pie de su nombre, el número de folio y en acto solemne de clausura se procedió a otorgar el diploma que lo acredita como BACHILLER ACADÉMICO.

ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS

Identificado(a) con C.C No 1.101.174.371

RECTOR

Francisco Hernando López Casallas
C.C 80.128.829 de Bogotá.

RECTORÍA

SECRETARIO ACADÉMICO

Samuel David Balanzó Barrera
C.C. 1.031.149.541 de Bogotá.

SECRETARIO ACADÉMICO

FOLIO 12-G1

Y Jesús crecía en sabiduría y en estatura, y en gracia para con Dios y los hombres.
Lucas 2.52

República de Colombia

Cefap de la Caracas

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Salud
Registro Renovado No. 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución No. 1460 del 22 de mayo de 1996, Registro Renovado No. 13-045 del 17 de Julio de 2023
de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional

a:

Erik Jean Pool Ariza Castellanos

Identificado(a) con C.C. No. 1101714371 Expedida en: Bogota

Quien cursó y aprobó el Programa de

Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 14 de Diciembre de 2024

Directora

Eligenia Molano de Guerrero

Secretaria

Doris Patricia Guerrero Molano

Registro Libro 2 Folio 136 Acta 61

www.cefapdelacaracas.com

Scanned with CamScanner

CEFAP DE LA CARACAS
PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES EN ENFERMERÍA
APROBACIÓN OFICIAL

Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de salud- Registro Renovado
Acuerdo 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1996 Secretaría de Educación – Registro Renovado
No 13-045 de Julio 17 de 2023 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Renovación 4543/2018

ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria de **CEFAP DE LA CARACAS – EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.**

CERTIFICAN:

Que en el libro de Actas No. 2 **Folio No.** 136 se halla Inscrita la presente **Acta No.** 61.

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia el día 14 del mes de Diciembre de 2.024 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como Secretaria **Doris Patricia Guerrero Molano**, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobando el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas

A:

Ariza Castellanos Erik Jean Pool C.C No 1.101.174.371 DE BOGOTÁ D.C.

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 14 días del mes de Diciembre de 2.024 del Acta General de Grados No. 61 que comienza con el nombre Ariza Castellanos Erik Jean Pool y termina con el nombre de Zapata Reyes Katherin Natalia.

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS DIRECCIÓN

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS SECRETARIA

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

Scanned with CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-05-04→10:03:13 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1101174371	ERIK	JEAN POOL	ARIZA	CASTELLANOS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS identificado(a) con CC 1101174371 registra La siguiente información:

2025-05-04→10:03:13 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2025-01-31	71433	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Resultado Validación de Documentos.

El documento con código de verificación , se encuentra asociado a la siguiente información:

ID Trámite: 69721

Fecha Trámite: 2024-12-26 22:46:30

Número Identificación: 1101174371

Nombres y Apellidos Solicitante: ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS

Número de resolución: 71433

Profesión: AUXILIAR EN ENFERMERIA

Tipo Trámite: TRÁMITE AUTORIZACIÓN DE TÍTULOS AREA SALUD

Regresar

CEFAP
DE LA CARACAS

RECONOCIMIENTO
SENA
RES. 4043
25/06/2018

Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13-0128 de Diciembre 27 de 2016 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CELAC
Calidad en Educación
ISO 9001
No. 10 078-1

LOS MEJORES EN EDUCACIÓN

PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Erik Jean Pool Ariza Castellanos

C. C. 1.101.174.371 de Bogotá D. C.

Asistió al Seminario de Capacitación en:

SOPORTE VITAL BÁSICO

Con una intensidad de 20 horas

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS DIRECCION

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora General

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS SECRETARIA

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los *08* días del mes de *Octubre* de *2024*

CEFAP
DE LA CARACAS

RECONOCIMIENTO SENA RES. 4543 25/06/2018

Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13-045 del 17 de Julio de 2023 de la Secretaría de Educación de Bogotá. D.C.

CELAC ISO 9001 — LOS MEJORES

PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Erik Jean Pool Ariza Castellanos

C. C. 1.101.174.371 de Bogotá D. C.

Asistió al Seminario de Capacitación en:

Toma de Muestras para Laboratorio Clínico

Con una intensidad de *20* horas

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora General

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los *6* días del mes de *Diciembre* de *2023*

CEFAP DE LA CARACAS

RECONOCIMIENTO SENA RES. 4043 25/06/2018

Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13-0128 del 27 Diciembre de 2016 de la Secretaría de Educación de Bogotá. D.C.

CELAC ISO 9001 — LOS MEJORES

PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Erik Jean Pool Ariza Castellanos

C.C. 1.101.174.371 de Bogotá D.C.

Asistió al Seminario de Capacitación en:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual

Con una intensidad de 20 horas

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS — DIRECCION

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora General

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS — SECRETARIA

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los 29 días del mes de Noviembre de 2023

CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD

Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

NIT. 80.831.484-8

CERTIFICA QUE:

ERIK JEAN POOL ARIZA

C.C. 1.101.174.371

APROBO EL CURSO

ATENCION EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTE QUIMICO

Intensidad 40 horas.

Dado a los 02 días del Mes Mayo del 2025

VALIDEZ 2 DOS AÑOS

Leidy K Junca
Coordinadora Académica

Yeison A Pacheco
Director Académico

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo capacitacionesampjsalud@gmail.com *Contacto*: 3147923051 – 3218298555

CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD

Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

NIT.80.831.484-8

CERTIFICA QUE:

ERIK JEAN POOL ARIZA

C.C. 1.101.174.371

APROBO EL CURSO

ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS

Intensidad 40 horas.

Dado a los 28 días del Mes de Abril del 2025

VALIDEZ 2 DOS AÑOS

Leidy K Junca
Coordinadora Académica

Yeison A Pacheco
Director Académico

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
capacitacionesampjsalud@gmail.com
Contacto: 3147923051 – 3218298555

ANGELES A TU LADO
Cuidados con amor

AL 001.25

Señores
INSTITUTO INFANCIA DE JESUS
Ciudad

C E R T I F I C A C I O N

Certificamos que el señor _Erik jean pool ariza castellanos identificado con la cédula de ciudadanía No. 1101174371 de Bogotá D.C, trabajo para nuestra empresa realizando turnos asignados con pacientes con diagnostico Alzheimer, desde el año 2025 hasta del mes abril 10 del año 2025 desempeñando las actividades relacionadas a continuación con un paciente adulto mayor que presenta:

- Cuidados personales de los usuarios que requieren apoyo (Baño, hidratación corporal, cambio de pañal si se requiere)
- Terapia física y ocupacional
- Acompañamiento a controles, servicios médicos en salud dentro del perímetro urbano y/o domicilio de los usuarios.
- Tomas de signos vitales con reporte 6 horas del estado de salud en el grupo de WhatsApp con familiares autorizados y jefe de enfermería, y/o conforme a indicaciones del médico tratante.
- Informe de evolución diaria, actividad que comprende avances y retrocesos.
- Acompañamiento en el desarrollo de su personalidad (actividades voluntarias y/o necesarias para el sostenimiento de la salud física y mental de acuerdo con limitaciones médicas (informar si se presenta alguna prescrita por el médico tratante).
- Suministro de alimentos / medicamentos autorizados para el paciente

Se expide la presente a solicitud del interesado a los Diez (23) días del mes de abril de 2025.

SEBASTIAN HERRERA DURAN
C.C. 1.031.159.618
Cel. 3045576373

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS
Identificación:	1101174371
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	erikariza8@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	26/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	• C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	• Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS 26/07/2025 22:41:31

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS

CC: 1101174371

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 7125204f8f527c3af7669e9b71da9c7b1a337d2d8154011fa7b4dd4f07ef6c83

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

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

FECHA:	2025-05-02	**CIUDAD:**	BOGOTA	**DEPARTAMENTO:**	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE 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**		
ERIK	**JEAN POOL**	**ARIZA**	**CASTELLANOS**		

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**		**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1,101,174,371	BOGOTA		2023-02-17
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI**	**NO**	

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
2004-08-11	PUENTE NACIONAL SANTANDER	**COLOMBIA**	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL						**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A) X	CASADO	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)		0	0	3138929833

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

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
KRA 11 A # 32 A 44 SUR	**BOGOTA**	**CUNDINAMARCA**	**COLOMBIANO**	**3138929833**

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
ERIKARIZA8@GMAIL.COM		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADO

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**					**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA**	
	SI		**IVA**	**SI**	**NO** X	8692	
	NO X		**ICA**	**SI**	**NO** X	**PRINCIPAL:**	**SECUNDARIA:**

GRAN CONTRIBUYENTE			**AGENTE RETENEDOR**			**AGENTE AUTORETENEDOR**	
SI	**NO** X			**SI**			**SI**
				NO X			**NO** X

FUNCIONARIO PUBLICO		**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**		**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI	**NO** X		**NO** X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								**# NIT**	900.959.048-4
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	NANCIERA	ANSPORTE	NOLOGIA	MENTOS	MI AMENTOS		
OTRA	CUAL:								

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 9 # 39-46	3753569	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	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	$ 1.300.000	GASTOS FAMILIARES	$ 500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 600.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 1.300.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.100.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RODRIGUEZ	LUENGAS	JULIAN	MANUEL
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 64 F # 69 C 03	COLOMBIA	AMIGO	322797156

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	550488452500678	COUNTRY SUR	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI | **NO** [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] **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 SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE** a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE.**

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del 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 según 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

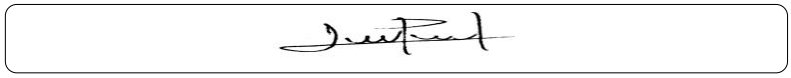
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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 Sur Occidente 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 Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

Bogotá D.C., 11 de agosto de 2025

PARA: **LUCIA MORA**
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

DE: **ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS** – CC:1.101.174.371
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo Erik Jean Pool Ariza Castellanos, identificado(a) con la C.C. No. 1.101.174.371 de Puente Nacional Santander, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento, que:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	**TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA**	**FECHA DE EXPEDICION (DIA, MES, AÑO)**	**ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE**	**VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)**
FORMAL	BACHILLER ACADEMICO	30/06/2023	COLEGIO CRISTIANO DE COLOMBIA	N/A
FORMAL	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	14/12/2024	CEFAP DE LA CARACAS	N/A
INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO	08/10/2024	CEFAP DE LA CARACAS	08/10/2026
INFORMAL	TOMA MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	06/12/2023	CEFAP DE LA CARACAS	06/12/2025
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	29/11/2023	CEFAP DE LA CARACAS	29/11/2023
INFORMAL	ATENCION EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS	02/05/2025	AMPJ SALUD	02/05/2027
INFORMAL	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	28/04/2025	AMPJ SALUD	28/04/2027

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA

C.C. No. 1.101.174.371

TELEFONO 3138929833

DIRECCION Kra 11a n32 a-44 sur

E-MAIL erikariza8@gmail.com

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

02 MAY 2025

SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 02052025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia	A. Contributivo	SI	A. Cotizante X	A. Dependiente	J9
B. Reporte de Novedades X	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	NO	B. Cabeza de familia	B. Independiente X	
	B. Colectiva			C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional			D. Afiliado adicional		
	D. De oficio					

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Alarcon	Castellanos	Angie	Jesenia

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento
CC	1101171371	Femenino ☐ Masculino X	F ☐ M X T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?	Colombiana	colombia, santander, floridablanca	11/08/2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si ☐ No X Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐		

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Colpensiones	1.423.500		Floridablanca - Santander

Teléfono	Correo electrónico	Ciudad/Municipio
3193016933	erikcastellanos@hotmail.com	Bogotá

Departamento	Zona	
Bogotá	Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?		País / Departamento / Municipio	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			

Powered by CamScanner

C		
B1		
B2		02 05 2025
B3		1155
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Indicativo Teléfono Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Tipo de documento de identidad		10. Número de documento de identidad		62. Sexo biológico	Femenino ☐	Masculino ☐	63. Sexo identificación	F ☐	M ☐	T ☐	NB ☐	Otro ☐	Cuál?
64. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A	65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	D D M M A A A A		67. Motivo de traslado	Cod.		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio		Código del departamento		93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad		95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES: Cot 1101174371

Aporta Mayo - Paga Junio.
Retiro x planilla otro aporte

02 MAY 2025

Sello agente

V001

EPS VTA-0002

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101174371,** se encuentra afiliado/a desde **09/05/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de agosto de 2025.

Rosa Mercedes Nino 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., 02/05/2025

Señores: Cefap de la Caracas
Dirección: Calle 52 # 15-68

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS
Documento de Identidad	1.101.174.371
Título otorgado	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/12/2024 ACTA N° 61
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____
Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS
CEDULA: 1.101.174.371

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., 02/05/2025

Señores: Colegio Cristiano de Colombia
Dirección: Calle 46AS #23c-46 Sur

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS
Documento de Identidad	1.101.174.371
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/06/2023 ACTA N° 12-G1
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____
Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS
CEDULA: 1.101.174.371

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 277992650

PIB
05:55:10

Bogotá DC, 08 de agosto del 2025

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) ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101174371:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 08 de agosto de 2025, a las 05:52:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101174371
Código de Verificación	1101174371250808055254

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:26:35 AM horas del 08/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1101174371**

Apellidos y Nombres: **ARIZA CASTELLANOS ERIK JEAN POOL**

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.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/08/2025 06:31:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1101174371** y Nombre: **ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 “Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana”. Registro interno de validación No. **121177698** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Personería de Bogotá, D. C.
Antecedentes Disciplinarios

CERTIFICADO ESPECIAL No. 4330917

Bogotá D.C., 8 de agosto de 2025 - 05:57 am

Código de verificación: 4330917QMPPN_MYRFW_15943

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) **ERIK JEAN POOL ARIZA CASTELLANOS,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1101174371** de BOGOTA D.C.

(MIL CIENTO UN MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UNO)

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:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:04:34 horas del 20/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1101174371,** Apellidos y Nombres **ARIZA CASTELLANOS ERIK JEAN POOL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Subred sur occidente** , con NIT **900959048-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia