FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROSERO	MORALES	CATHERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (●) C.E ( ) PAIS ( ) No. 1.018.420.553

SEXO: F (●) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (●) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 11 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ D. C.

MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4 SUR 14 56

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ D.C

TELÉFONO 3192068864 EMAIL caticaroserom@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 12 AÑO 2005

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*				*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Técnica	3	si		Auxiliar en enfermería	12	2	0	0	7	
Profesional	12	Si		Medico	12	2	0	1	5	1018420553

ESPECÍFIQUE 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		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DÍA 08 MES 05 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS ADULTOS		*DIRECCIÓN* CARRERA 14 B · 1 – 45 SUR
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CIOSAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3208400	*FECHA DE INGRESO* DÍA 18 MES 05 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CATHERINE ROSERO MORALES

IDENTIFICADO CON: C.C. ☑ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1.018.420.553 BOGOTÁ D. C.

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	BOGOTÁ D. C.
Barrio-Dirección	CALLE 4 SUR 14- 56			Teléfonos	319-2068864

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLORIA ESPERANZA MORALES	39.647.677	MADRE
LEON CASTULO ROSERO RODRIGUEZ	6.366.182	PADRE
YULY ESPERANZA ROSERO MORALES	53.140.988	HERMANA

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	42´169,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	4´000,000
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	46´169,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	CORRIENTE	485030032784	PUERTO CARREÑO	6´700,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE



1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la SI **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C 25/11/2017

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

Personería Jurídica No. 7392 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 4975 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

CATHERINE ROSERO MORALES

Cédula de Ciudadanía No. 1.018.420.553 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los estatutos y la ley,
para un programa de formación de nivel de pregrado,
le confiere el título de:

Médico

En testimonio de lo anterior, se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., República de Colombia, 10 de diciembre de 2015.

Presidente, Rector, Decano, Secretaria General,

Diploma No. 9487
Registrado al Folio No. 43
Del Libro de Diplomas No. 3
Fecha 10 de diciembre de 2015
Registro de Titulado 9391

Código de Seguridad: 1835-AA-001789

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado No. 9487

En la Ciudad de Bogotá D.C., el 10 de diciembre de 2015, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores: Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Eliana Sánchez Saldarriaga, Secretaria General; en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MÉDICO

A:

CATHERINE ROSERO MORALES

Identificada, con la Cédula de Ciudadanía No. 1.018.420.553 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 19 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá D.C., el 10 de diciembre de 2015.

Firmado por:

JAIME CADENA SANTOS
Presidente

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Certifican Que:

CATHERINE ROSERO MORALES

Asistió al taller de Arritmias Cardiacas, realizado el 18 de diciembre de 2015 en la Universidad El Bosque, con una duración de 3 horas.

Dra. Gladys Alfonso Hernández
Medico Internista
Instructor de Reanimación BLS- ACLS AHA
Universidad El Bosque

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.

CERTIFICA A:

Catherine Rosero Morales

Con cédula de ciudadanía No. 1018455084, realizó y aprobó de forma satisfactoria su internado rotatorio en esta institución durante el año 2014 - 2015. La destacamos por su excelencia en el área de Urgencias.

Dr. Omar Augusto Silva
Gerente General

Dr. José Luis Calderón
Coordinador de Educación Medica

Bogotá 30 de noviembre 2015

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.

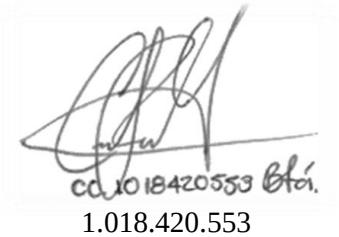
REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, CATHERINE ROSERO MORALES 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:

MEDICO

Cordialmente;



Firma

No. de documento: 1.018.420.553

Tarjeta profesional No: 1.018.420.553

Dirección de contacto: Cll 4 sur · 14 -56

Teléfono: 319-2068864

CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S

NIT 830.099.212-1

CERTIFICA QUE

La Doctora **CATHERINE ROSERO MORALES** identificado con C.C 1.018.420.553 presta sus servicios como **MEDICO GENERAL** En convenio de prestación de servicio desde 01 de Marzo de 2017, con un ingreso mensual promedio del último mes de cuatro millones quinientos veintisiete mil pesos M/CTE: ($4'527.000) sin que esto genere vínculo laboral entre las partes

Se expide la presente certificación a los cinco (05) días del mes de Octubre de 2017, dirigido a quien interese.

Cordialmente,

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO
TEL 3208400 EXT 127



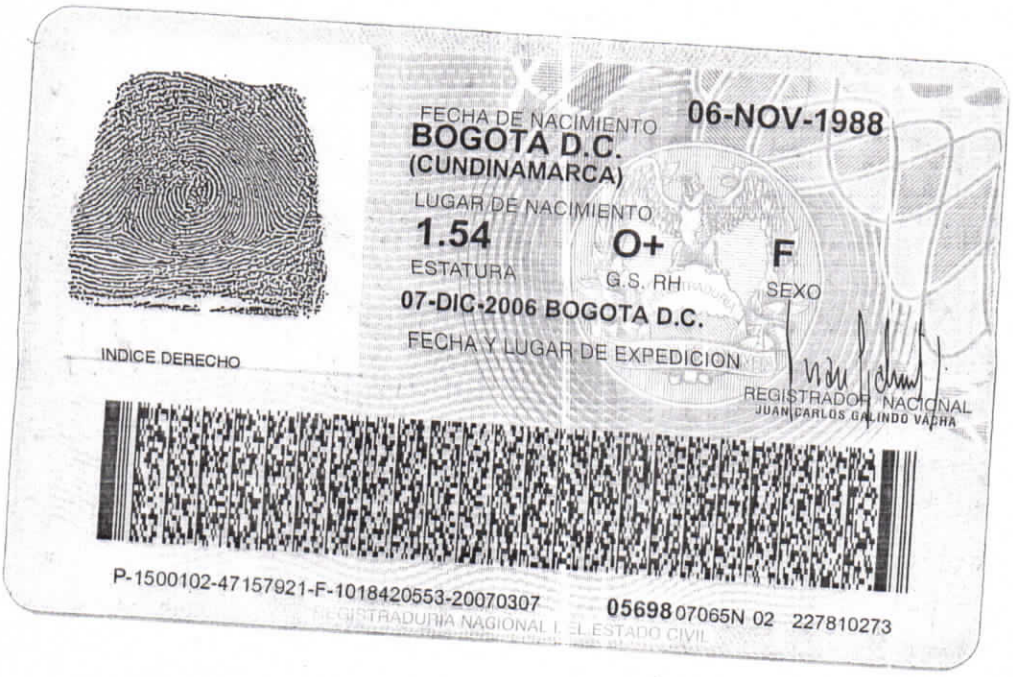
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.420.553

ROSERO MORALES
APELLIDOS

CATHERINE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500102-47157921-F-1018420553-20070307 05698 07065N 02 227810273

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14408394691

(415)7707212489984(8020) 000001440839469 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1018420553	1	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1018420553	2006 12 07

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROSERO	MORALES	CATHERINE	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 4 SUR 14 56 BRR SAN ANTONIO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
caticaroserom@gmail.com		3192068864	

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
8621	2015 12 28						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2017 03 17

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: FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 17-03-2017 01:39:26P

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1018420553-1 CATHERINE ROSERO MORALES

Información General

Dirección CL 4 SUR 14 56 BRR SAN ANTONIO

Teléfonos 3192068864

Dirección electrónica caticaroserom@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/03/2017

Soporte Inscripción 21898673

Fecha Inicio Actividades 01/02/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, 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 SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001845698

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CATHERINE ROSERO MORALES

C.C o C.E 1018420553

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U.D.C.A.

Ciudad **BOGOTA D.C.**

Fecha de expedición diploma **10/12/2015**

Fecha de inscripción RETHUS **04/04/2017**

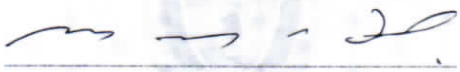


CMC2017-22092



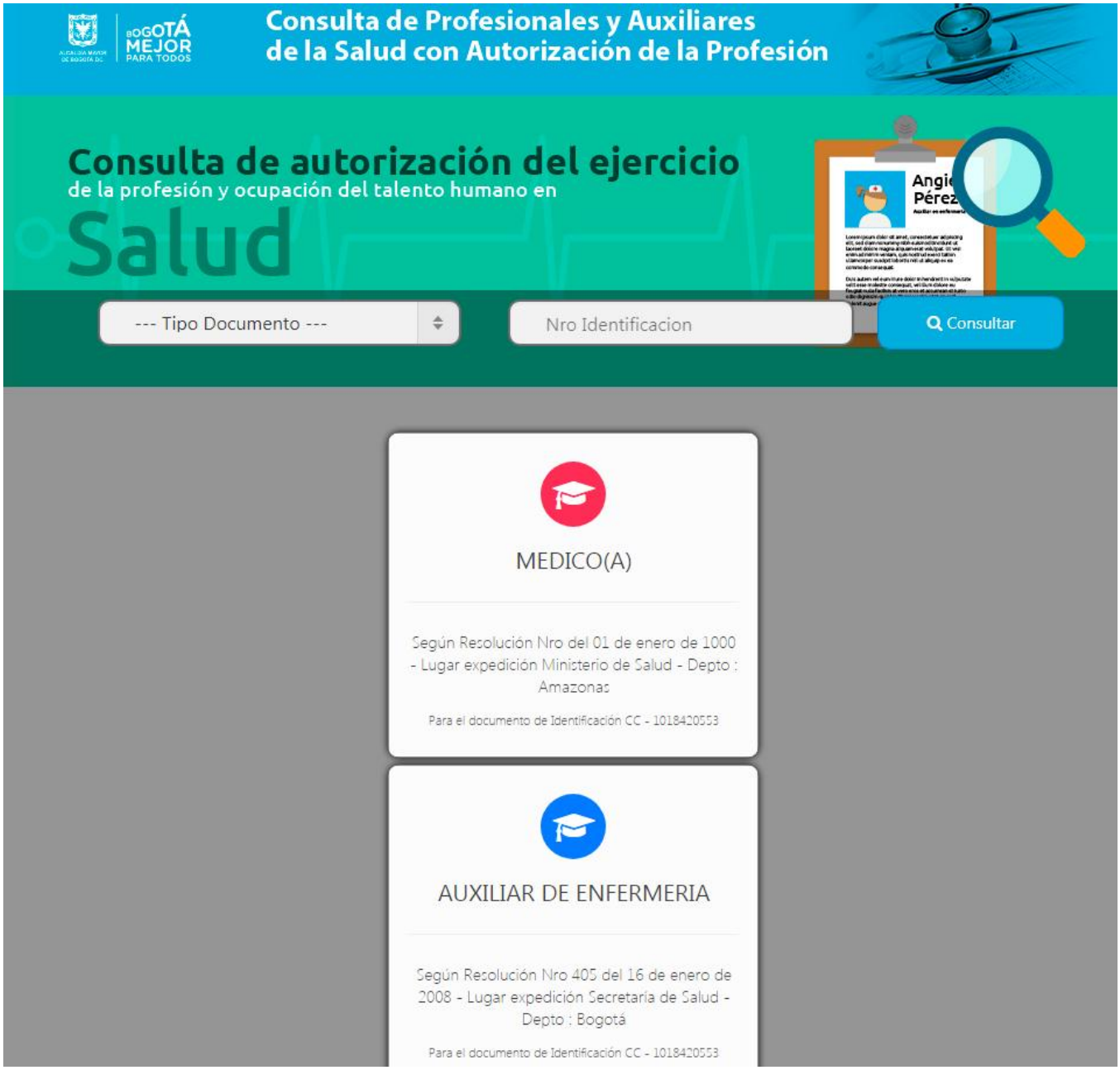
Firma

www.cdogo.com



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org


Consulta de Profesionales y Auxiliares
de la Salud con Autorización de la Profesión
Consulta de autorización del ejercicio
de la profesión y ocupación del talento humano en
Salud
--- Tipo Documento ---
Nro Identificacion
Consultar
MEDICO(A)
Según Resolución Nro del 01 de enero de 1000 - Lugar expedición Ministerio de Salud - Depto : Amazonas
Para el documento de Identificación CC - 1018420553
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Según Resolución Nro 405 del 16 de enero de 2008 - Lugar expedición Secretaría de Salud - Depto : Bogotá
Para el documento de Identificación CC - 1018420553

RESOLUCIÓN N° 092

POR MEDIO LA CUAL SE DA POR TERMINADO UN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DE LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN LIQUIDACIÓN

En uso de sus atribuciones Legales, Reglamentarias y en especial las conferidas por la Ley 100 de 1993, Resolución 03330 del 15 de noviembre de 2016, y

CONSIDERANDO

Que según Acta de Posesión N° 09 de fecha primero (01) de febrero de dos mil diez y seis (2016), se posesiona a la profesional: **CATHERINE ROSERO MORALES**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.018.420.553, para prestar su Servicio Social Obligatorio a partir del primero (01) de febrero de dos mil dieciséis (2016) por el término de un (01) año, de conformidad con la Resolución de nombramiento No. 053 del primero (01) de febrero de dos mil dieciséis (2016) y el acta de posesión.

Que la Resolución No. 1058 de 2010, por medio de la cual se reglamente el Servicio Social Obligatorio, en su artículo 10 señala que este se cumplirá por el término de un (1) año.

Que con base en las normas que reglamenta el Servicio Social Obligatorio, la **Unidad Básica de Atención Nuestra Señora del Carmen – Empresa Social del Estado hoy en liquidación**, ha establecido que el término de duración del Servicio Social Obligatorio, para los Profesionales de Odontología, Medicina, Microbiología, Laboratorio Clínico y Enfermería, será de un **(1)** año.

Que la Profesional: **CATHERINE ROSERO MORALES**, cumplió con el tiempo que ordena la ley para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el día treinta y uno (31) de enero de dos mil diecisiete (2017).

Que se hace necesario dar por terminado el Servicio Social Obligatorio a la Profesional: **CATHERINE ROSERO MORALES**, como **PROFESIONAL SSO – (MÉDICO)** del Hospital de La Primavera – Vichada, dependiente de la Unidad Básica de Atención Nuestra Señora del Carmen – Empresa Social del Estado, hoy en liquidación.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Dar por terminado el Servicio Social Obligatorio a la Profesional: **CATHERINE ROSERO MORALES**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.018.420.553, como **PROFESIONAL SSO – (MÉDICO)** – en el Hospital de La Primavera - Vichada, dependiente de la Unidad Básica de Atención Nuestra Señora del Carmen – Empresa Social del Estado, hoy en liquidación.

ARTICULO SEGUNDO: Ordenar el reconocimiento y pago de las prestaciones Sociales a que haya lugar y comunicar el presente acto administrativo a la Profesional **CATHERINE ROSERO MORALES** y a las dependencias de la Entidad.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Puerto Carreño, el primero (01) febrero de 2017

GERMÁN DARIO GALLO ROJAS
AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR
UNIDAD DE ATENCIÓN BÁSICA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN E.S.E EN LIQUIDACIÓN

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

1018420553

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1018420553, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Tribunal Nacional de Etica Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

C-1689

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

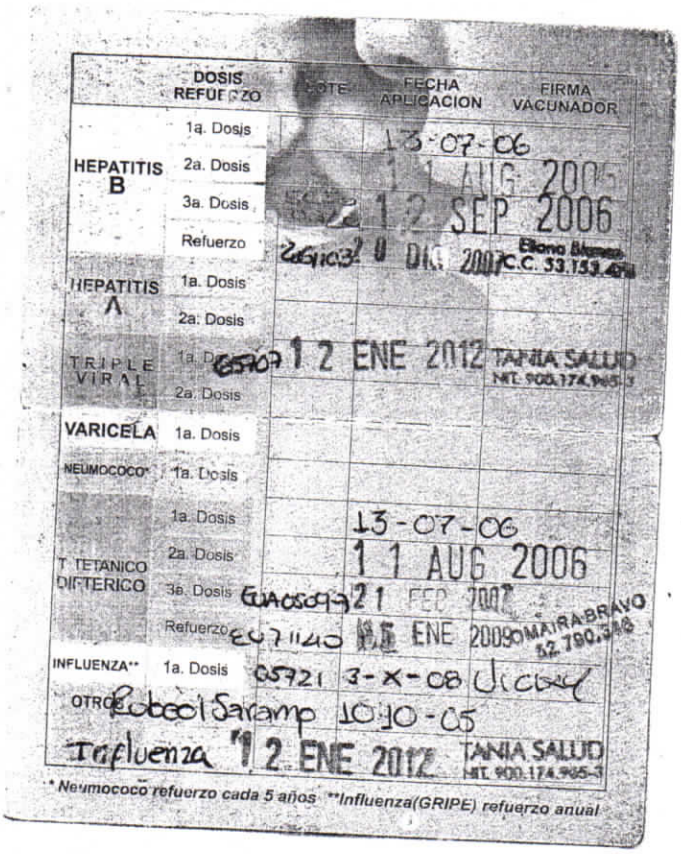
Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **CATHERINE ROSERO MORALES,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1018420553 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 1018420553 del(a) Colegio Médico Colombiano, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de mayo de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD MSC.
Presidente

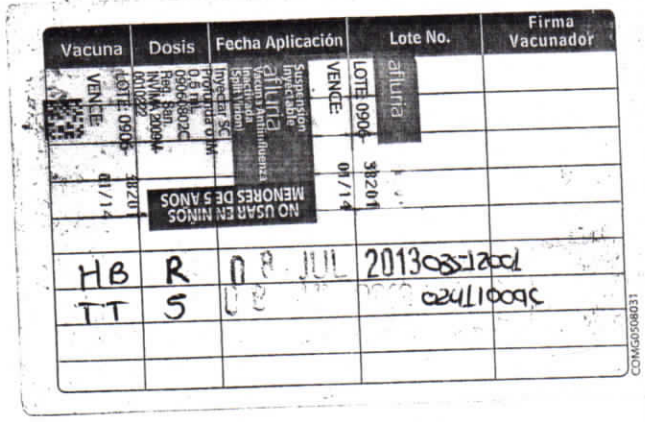
TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail trnetmed@outlook.com



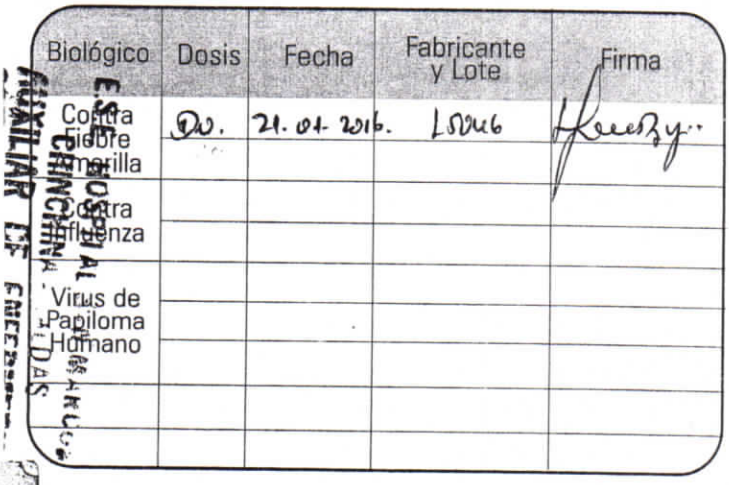
	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. Dosis		13-07-06	
	2a. Dosis		11 AUG 2006	
	3a. Dosis		12 SEP 2006	
	Refuerzo	26403	20 DIC 2007	Elena Blanco C.C. 53.133.476
HEPATITIS A	1a. Dosis			
	2a: Dosis			
TRIPLE VIRAL	1a. Dosis	65407	12 ENE 2012	TANIA SALUD NIT. 900.174.965-3
	2a. Dosis			
VARICELA	1a. Dosis			
NEUMOCOCO*	1a. Dosis			
T TETANICO DIFTERICO	1a. Dosis		13-07-06	
	2a. Dosis		11 AUG 2006	
	3a. Dosis	EUA050947	21 FEB 2007	
	Refuerzo	E071140	15 ENE 2009	MAIRA BRAVO 52.790.346
INFLUENZA**	1a. Dosis	05721	3-X-08	
OTRO	Robeol Sarampion		10-10-05	
Influenza			12 ENE 2012	TANIA SALUD NIT. 900.174.965-3

*Neumococo refuerzo cada 5 años **Influenza(GRIPE) refuerzo anual



Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	R	08 JUL 2013	02411009C	
TT	5			

COMG0508031



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	DU.	21-01-2016.	L5046	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				



Cód. de Prestador 11-001 15891 00
Autorizado por Secretaría Distrital de Salud
NIT. 52.790.346-0

Tania Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN

CERTIFICADO DE VACUNACION

NOMBRE:	Catherine Rosero Morales
C.C. ó T.I.	88 11 06 - 51516
DIRECCION:	Crr 12 Bis # 36-37 Sur
TELEFONO:	312-528 3647

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

4266479

Nombre.	ROSERO MORALES CATHERINE		
Identificacion	CC 1018420553	Tel.	
Edad	28 Años 0 Meses 2 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	0424110237		

Fecha de recepcion:	26-abr-2017 11:12 pm
Fecha de impresion:	02-may-2017 10:05 am
Empresa	HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	27-abr-2017 5:24:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

JHOAN EDUARDO PEÑA PEÑA
1.053.330.656
BACTERIOLOGO

YANETH DEL ROSARIO ROSERO CUASPA
BACTERIOLOGA
C.C 1.088.588.798

NIT. 800166.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-80 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2305 - 2309
Sede Norte: Calle 100 No. 15-97 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Carrera 19 No. 15-68 Locals 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12 - 11 • Tel: 256 3768 • Fax: 257 2012

AS Integral	F01-HC-CERT	AS CIRCULO INTEGRAL SAS.	
	DEPARTAMENTO MEDICO	CALLE 17 N0. 4-68 CONS OFICINA 1804	
		NIT N0. 900320964-2	
	Versión 01	Fecha de formato 01-11-2015	
		CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL	

Fecha	21/04/2017	Hora Llegada	7:00am	Hora salida	7:30am

I- IDENTIFICACION

1. Apellido		2. Apellido		Nombres		Doc. Identificación	1018420553
ROSERO		MORALES		CATHERINE		EDAD	28
GENERO	M F X	Fecha de nacimiento	06/11/1988	LUGAR DE NACIMIENTO		BOGOTA	
Escolaridad	PROFESIONAL	Estado Civil	SOLTERA	Dirección	Calle 4 sur#14-56		
Barrio	SAN ANTONIO	Ciudad	BOGOTA	Teléfono	3192068864		
Empresa	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Dependencia	INDEPENDIENTE	Cargo	MEDICO		
Fecha de ingreso a la empresa	21/04/2017	Antigüedad en la empresa		Tiempo en el cargo	1 AÑOS		
EPS	NUEVA EPS	ARL	SURA	AFP	PORVENIR	Tipo de examen	INGRESO
Viene acompañado	SI	NO X		Parentesco			

EXAMENES, PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS	EXAMEN MEDICO	INGRESO	AUDIOMETRIA		
	OPTOMETRIA		VAL VESTIBULAR	NORMAL	
	VISIOMETRIA		LAB. CLINICO		
OTROS					

X- CONCEPTO MARQUE CON UNA X

TIPO DE EXAMEN			
		APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	
		APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	X
INGRESO	X	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero con ciertas restricciones para no empeorar su estado clínico)	
PERIODICO		APLAZADO (No puede en el momento desempeñar el cargo al que aspira)	
EGRESO		Satisfactorio	
REINTEGRO		Satisfactorio con patología	
POST INCAPACIDAD		No satisfactorio	

Enfermedad general		Enfermedad Profesional		Secuelas o Accidente de Trabajo	
Requiere de exámenes complementarios		Cuales			

XI- RECOMENDACIONES

CAPACITAR SOBRE POSIBLE RIESGOS EN EL CARGO, BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO PERMANENTE DE EPP,NUTRICIÓN ADECUADA, AUTOCUIDADO,EJERCICIO CARDIOVASCULAR, UTILIZACIÓN DE LENTES PERMANENTES, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO BIOMECÁNICA Y VISUAL, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL

XII – RESTRICCIONES

USO DE LENTES PERMANENETE

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:	**HORA SALIDA DE CONSULTA**	**7:30AM**

Dra. Lina Ma... Silva Mejia
Médico
Esp. Salud Ocupacional
12385510 - Uc25-303-2015

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Bogotá DC., 19 de diciembre de 2015

Estimado Señor (a)
CATHERINE ROSERO MORALES

La Directora del curso BLS – ACLS le extiende la presente

Constancia

Por haber completado los requisitos de acuerdo a los lineamientos de *IAHF-AHA*, como:

Proveedor del curso de Reanimación Básica y Avanzada del Adulto (BLS – ACLS)

Realizado por el centro de Entrenamiento Universidad El Bosque, los días 18 y 19 de Diciembre de 2015, con una intensidad horaria de 60 horas.

Conscientes de que su participación realza la calidad del curso, reiteramos nuestro apoyo para la extensión del conocimiento, actitudes y destrezas adquiridas, esperamos que el éxito obtenido redunde en su desarrollo profesional.

DRA. GLADYS ALFONSO HERNANDEZ
Instructora BLS ACLS - AHA
Directora de Curso

S0024

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:	2017-11-27	CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C

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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rosero	Morales	Catherine.	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1018420553	Bogotá D.C.	2006-12-07
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1988-11-06	Bogotá D.C	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	319-2068864

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☒	BACHILLER ☒	OTRO ☒	PRIMARIA ☒	TECNICO ☐	CUAL:	Medico.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 4 Sur # 14-56	Bogotá D.C	Bogotá D.C	Colombia	319-2068864

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
caticarosero@gmail.com				

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 ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☒		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒	IVA	SI ☒	NO ☐	8621	
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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 ☒	Subred de Servicios de Salud Centro Oriente.

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diag 34 # 5-43	3282828	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Colombia
CARGO ACTUAL	Medico general	**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		GASTOS FAMILIARES	$ 1'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 7'000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 500.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 817.000	VEHICULOS	$25'800.000	DEUDA VEHICULOS	$ 8'000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 2'600.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$8'000.000	OTROS PASIVOS*	$ 28'800.000
TOTAL INGRESOS	$ 7'000.000 $0	TOTAL EGRESOS	$ 1'817.000 $0	TOTAL ACTIVOS	$33'800.000 $0	TOTAL PASIVOS	$ 39'900.000 $0

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
Morales		Gloria	Esperanza.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 4 Sur # 14-56	Bogotá D.C.	Madre	319-2121330

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Agrario	Cuenta de ahorro	449744003740	3540 Puerto correño	

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 ☐ 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 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.):

Medico general.

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.

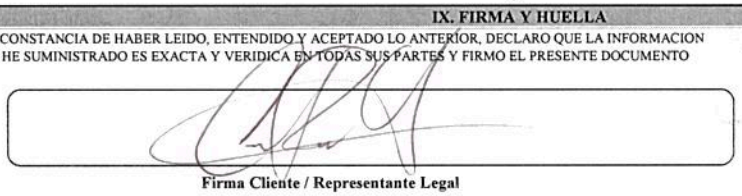
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella 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:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CATHERINE ROSERO MORALES identificado(a) con CC 1018420553 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**16/04/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM - CALLE 51**
Categoría:	**C**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de abril del año 2017 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

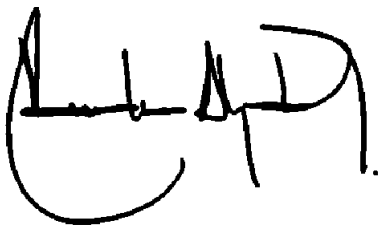
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CATHERINE ROSERO MORALES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,018,420,553**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Noviembre de 2017.



_____
Gerente de Clientes

Medellín, 28 de noviembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CATHERINE ROSERO MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018420553 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 06/04/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN N830099212

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000103 - PRINCIPAL RIESGO 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 28/11/2017 4.28 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102281686

WEB
14:56:14

Bogotá DC, 28 de noviembre del 2017

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) CATHERINE ROSERO MORALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018420553:

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 GONZÁLEZ
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 CONTRALORA 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 27 de noviembre de 2017, a las 21:56:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.018.420.553
Código de Verificación	10399832642017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1921528

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2017 - 21:58 pm

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

CERTIFICA

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

1018420553

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_l9PT_5821
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/11/2017 a las 16:46:04 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1018420553 y Nombres: ROSERO MORALES CATHERINE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: **ROSERO MORALES CATHERINE**, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. **1018420553** de BOGOTA DC, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: **Cuenta(s) de Ahorros,** número **4-850-30-03278-4,** fecha de apertura: 4/2/2016.

Se expide en PUERTO CARRENO, a los nueve (09) días del mes de Febrero de 2016, con destino a: **AL INTERESADO**

DIRECTOR (A) OFICINA