Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones DANILO EMBER MORALES HERRERA,

DANILO EMBER MORALES HERRERA con el NIT 73161463 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Morales	Herrera	Danilo Ember.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 73161463 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 73161463 D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 09 MES 12 AÑO 1973

PAÍS Colombia.

DEPTO Bolivar

MUNICIPIO Cartagena.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

K13 variante madrid faco con sabana

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Madrid

TELÉFONO 8209324 EMAIL danilomh90@hotmail.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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 1991
									X	

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
UN	12	X		Medico y cirujano	07	2000	73161463

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred integrada de servicios de salud centro oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 01 MES 08 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico	Urgencia.	Dg 34 5-4

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred integrada de servicios de salud sur.	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7428585.	DÍA 01 MES 08 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico	Urgencia	K 20 47B 3 Sur.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Rafael Uribe	X		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 09 MES 10 AÑO 2008	DÍA 31 MES 07 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico	Urgencia	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Vista Hermosa	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7300000.	DÍA 16 MES 01 AÑO 2014	DÍA 31 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico.	urgencia.	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ejercito nacional	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Bogota.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7390759.	DÍA 01 MES 07 AÑO 2008	DÍA 31 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico.	C. Externo.	km 3 via USME

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital local de Marialabaja	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bolivar	Marialabaja.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 22 MES 09 AÑO 2003	DÍA 27 MES 04 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico	Urgencia.	cl 20 8-72.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	14	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE 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: Danilo Emilio Morales Herrera.
IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 73761463. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia | Departamento Cundinamarca | Municipio Madrid.
Dirección: Kl3 variante madrid foca | Teléfonos 3002986220

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Yolanda Herrera Marin.	33134554	Madre
Danilo Morales Hernandez	9073996	Padre
Fabian Morales Guerra	1047510237	Hijo
Daniela Morales Guerra	1007515705	Hija
Gabriela Morales Guerra	1013133093.	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [X]
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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	120.120.00
TOTAL	$120.120.00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda.	Ahorro	004870112480	Juna.	0
AV Villa.	Ahorro	0053236.	Restrepo	0.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Automovil	RFK883.	28.500.00

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
Giros y finanzas.	Automovil cuporot.	25.000.000
colpatria.	tarjeta.	2.500.000
Almacenes flamingo.	tarjeta	2.000.000
finalco.	Prestamo.	8.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
fabiola Guerra Vosquez	C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	45577371

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Bogota. 23-11-2017

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio De La Salle

De Cartagena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional.
Según Resolución No. 1000 del 13 de Septiembre de 1943

C o n f i e r e a :

Danilo Ember Morales Herrera

Identificado(a) con T.I. No. 731209-31102 de Cartagena

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector (a)

Secretario (a)

Cartagena 30 de Noviembre de 1.991

Anotado al folio 9 Libro de Registro No. 10 Reg No. 0627

Secretaría de Educación Cultura y Recreacion de Bolivar

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO

DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C.No. 73.161.463 de Cartagena

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

Jesús Saéz de Ibarra
VICE RECTOR

Eduardo Acosta Bendek
RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 49 DEL LIBRO 17/96

NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO DE CARTAGENA
25 AGO. 2000
Piedad Arroyo de Rojas

21 julio

COLEGIO DE LA SALLE

Torices, Paseo Bolivar — Inscripción S.E.: 006 Fol.24-25 L°

Mañana — Inscripción DANE: 313001-00621

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Cartagena Dpto. de: Bolivar a los 30 días del mes de Noviembre del año 1.991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario(a) en la Rectoría del COLEGIO DE LA SALLE Institución aprobada hasta 11o. Grado en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el M.E.N. para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 1.000 de 13-Sept. de 9 43

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación: DANILO EMBER MORALES HERRERA T.I. # 731209-31102 de Cartagena

Es fiel copia tomada del Libro de Actas Generales del Grado. Folio No. 10 Acta No. 16 de fecha Nov-30/91, que consta de 111 alumnos, comienza con el nombre de JHONNYS GERMAN ALVAREZ ALVAREZ, y se cierra con el nombre de LUIS CARLOS ZUÑIGA LIÑAN,

Firmada y sellada por HNO. MOISES OBESO RODRIGUEZ Rector(a) y IRMA CARMONA ROMERO Secretario(a)

Dado en Cartagena a los días 30 del mes de Noviembre de 1.991

FIRMADO Y SELLADO

El Rector o Director
C.C. No. 207.676 de Bogotá

El Secretario,
C.C. No. 33.337.761 de San Jua

PARA DILIGENCIAR EXCLUSIVAMENTE EN LA SECRETARIA DE EDUCACION

Anotado para efectos legales, de conformidad con el Decreto 180 de Enero 29 de 1981, en el Libro de Registro de Diploma No. 10 Folio 4 Hoy 13 de [illegible] de 19 92

NOTARÍA PRIMERA
DEL CÍRCULO DE CARTAGENA
La suscrita Notaria da fe que este documento es
Copia de Copia simple que ha tenido a la vista.

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de MEDICINA

CÓDIGO: M-52-3428-00

Otorgada a DANILO EMBER MORALES HERRERA
C.C. No. 73.161.463 de Cartagena -Bol.

En Barranquilla a los 21 dias del mes de julio de 2000 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector , Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reune en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.
Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

DANILO EMBER MORALES HERRERA
C.C. No. 73.161.463 de Cartagena -Bol.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 21 días del mes de julio de 2000

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector

FERNANDO VASQUEZ OJEDA
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE
MEDICINA

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

DANILO MORALES HERRERA

C.C.: 73161463

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGO MEJ PARA T

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SIS

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Danilo Morales Herrera

Ha participado y aprobado el Curso Virtual:
"Correcto llenado del Certificado de Defunción"

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública con un total de ocho horas.

Dado el 30 de marzo de 2016

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en [illegible]

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

DANILO MORALES HERRERA

c.c. 73161463

Realizó el curso de:

ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES DENGUE Y CHIKUNGUÑA

yeSKIkHFse

Intensidad horaria: 30 horas virtuales
Bogotá, 17 de octubre de 2015

Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director General de Promoción y Prevención

Federación Médica Colombiana
Sergio Isaza Villa
Presidente

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

HOSPITAL RAFA
URIBE URIBE E.S.

EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

Certifica Que:

Danilo Ember Morales Herrera

Identificado/a con cédula de Ciudadanía No. 73.161.463

Aprobó el curso clínico virtual AIEPI "Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infar
realizado entre el 3 de Octubre de 2013 al 9 de Marzo del 2014, bajo la modalidad b-learning
intensidad de 120 horas

HÉCTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
GERENTE.

Nuestro Compromiso: Salud con Calidad para Todas y Todos

Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS)
en Convenio con la Universidad de Cartagena

ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS
DISTRITO TURÍSTICO Y CULTURAL
DADIS

UNIVERSIDAD DE CART

CERTIFICA QUE

DANILO MORALES

D.I. 73161463

Asistió a la capacitación sobre

Estrategia Iniciativa Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia IIAMI

Realizado con una intensidad horaria de 24 horas

Cartagena de Indias D.T. y C., Mes DICIEMBRE día 06 de 200 6

RICARDO GRANADOS JIMÉNEZ
Subdirector Salud Pública

AMPARO MONTALVO PRIETO
Coordinadora Proyecto - Universidad de Cartagena

TEMPORALES UNO-A S.A

Nit. 830.056.387-6

SGS

Bogotá, D.C. Servicios Colombia Ltda.
Certificado Empresa de Alta Gestión
SC-CER 0656

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que el señor MORALES HERRERA DANILO EMBER identificado con Cédula de Ciudadanía No. 73.161.463 de CARTAGENA DE INDIAS, laboró en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU ASIS CAMI OLAYA B016, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 16 de mayo de 2012 hasta el día 30 de julio de 2012 desempeñando el cargo misional de MEDICO GENERAL., con una asignación salarial de $2.937.499,00 Mcte, mas un promedio de recargos por un valor de $2.238.580,00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o labor determinada, cada uno con causa y objeto independiente entre si, que el trabajador de la referencia

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Desde el dia 1 de febrero de 2010	hasta el 17 de enero de 2011
Desde el dia 18 de enero de 2011	hasta el 17 de enero de 2012
Desde el dia 18 de enero de 2012	hasta el 6 de mayo de 2012
Desde el dia 16 de mayo de 2012	hasta el 30 de julio de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Mayo de 2015.

NOTA: CUALQUIER ANOTACION EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuníquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX 57 1 320 05 77.

Servicios & Asesorías S.A.

Dinamismo en Servicios de Personal Temporal

LA SUSCRITA JEFE DE PERSONAL

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) DANILO MORALES, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 73.161.483, labora como contratista para nuestra empresa cliente HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE desempeñando el cargo de MEDICO, desde el 03 de Mayo de 2009 al la fecha.

Con un contrato por prestacion de servicios, devengando una unos honorarios promedios mensuales de $4.280.000 (CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/L).

Se expide a solicitud a los (19) días del mes de Noviembre del 2009 en la ciudad de Bogota DC.

Cordialmente,

SHIRLY JIMENEZ

Coordinadora administrativa y de personal

CALI
CALLE 23 A Norte No. 4N-11
PBX: 524 3666 - 662 8400
FAX: 668 3406
CEL: 315 8901819
sya@serviasesorias.com.co

PEREIRA
CALLE 2 No. 12-25
TELS: 331 2851 - 331 6249
FAX: 331 6237
CEL: 315 575 9582
serviosp@telcoset.com.co

MEDELLIN
CRA. 69 No. 46B-48
TEL S: 260 6787/2004
FAX: 260 7662
CEL: 315 575 9576
sya@epm.net.co

BOGOTA, D.C.
CRA. 6 No. 46-23
P.B.X.: 323 0822 - 248 2644
FAX: 232 7331
CEL: 315 575 9573
syabt@serviasesorias.com.co

BARRANQUILLA
CALLE 70 No. 00-03 Of. 11
C.C. LOS ROBLES
TELEFAX: 348 6821
CEL: 315 575 9581
serviospsociales@cell.net.co

IBAGUÉ
CALLE 12 No. 2-76 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 261 0128 - 263 2133
CEL: 316 465 6040

BUCARAMANGA
CÚCUTA
CARTAGENA
Afiliado "ACOSET"

www.serviasesorias.com.co

Cooperativa de Trabajo Asociado Especializada en Salud

Para el Sector Salud.

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE CORPORATIVOS DE COLOMBIA "CORPOCOL"

HACE CONSTAR QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor (a) **MORALES HERRERA DANILO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No.73.161.463, asociado (a) de CORPOCOL desde el 10 de Octubre de 2008, presta sus servicios como **MEDICO,** en la empresa cliente HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE.

El señor (a) **MORALES HERRERA DANILO** recibe una compensación mensual promedio, con auxilios y beneficios de DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. ($ 2.574.000=) Su convenio de asociación y los servicios que presta están regulados por la Ley 79 de 1998 y el Decreto 4588 de 2006.

La vinculación del asociado es por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regimenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Esta constancia se expide a petición del asociado (a) a los 26 días del mes de Marzo de 2009.

Cordialmente,

CORPORATIVOS DE COLOMBIA
"CORPOCOL"
NIT. 830104878-8

JUAN CARLOS APONTE CASTRO
Representante legal
NIT. 830104878-8

Calle 49 No. 17 - 42 Of. 501
Teléfono: 285 5927
E-mail: corpocolcta@yahoo.com
Bogotá, D.C. - Colombia

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de , **MORALES HERRERA DANILO EMBER** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 73.161.463**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
01323 DE 2014	17 de enero de 2014	15 de febrero de 2014	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$4.449.600	VISTA HERMOSA
02298 DE 2014	16 de febrero de 2014	15 de mayo de 2014	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$13.348.800	VISTA HERMOSA
04513 DE 2014	16 de mayo de 2014	15 de noviembre de 2014	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$26.697.600	VISTA HERMOSA
08897 DE 2014	16 de noviembre de 2014	15 de enero de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$8.899.200	VISTA HERMOSA
00394 DE 2015	16 de enero de 2015	15 de mayo de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$18.448.000	VISTA HERMOSA
02703 DE 2015	16 de mayo de 2015	15 de septiembre de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$18.448.000	VISTA HERMOSA
04556 DE 2015	16 de septiembre de 2015	15 de noviembre de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$9.224.000	VISTA HERMOSA
05198 DE 2015	16 de noviembre de 2015	15 de enero de 2016	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$14.520.000	VISTA HERMOSA
00031 DE 2016	16 de enero de 2016	31 de mayo de 2016	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$38.913.750	VISTA HERMOSA
01870 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de agosto de 2016	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	$25.942.500	VISTA HERMOSA
005113 DE 2016	1 de septiembre de 2016	7 de enero de 2017	MEDICO	$32.048.794	SUBRED SUR
003268 DE 2017	8 de enero de 2017	14 de febrero de 2017	MEDICO	$9.324.000	SUBRED SUR
004775 DE 2017	3 de marzo de 2017	VIGENTE	MEDICO	$40.000.452	SUBRED SUR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato p prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subre Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de dat que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional fav comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificació L38=9M5SB

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE a los Doce (13) días del mes de julio del 2017**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitartivo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrit al 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administ rativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITIO NACIONAL

BATALLON DE TRANSPORTES "BATALLA DE TARAPACÁ"
DISPENSARIO MÉDICO CANTON SUR

EL SUSCRITO COORDINADOR DE TALENTO HUMANO DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR CANTON SUR

HACE CONSTAR:

Que el Señor OPS MORALES HERRERA DANILO, identificado con la cédula de ciudadanía No 73.161.463 DE CARTAGENA (BOLIVAR), presta sus servicios a este ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR CANTON SUR como MEDICO GENERAL, desde el 01 de julio del 2008. vinculado a la DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-DIRECCION DE SANIDAD DEL EJÉRCITO-BATALLON DE SANIDAD "SOLDADO JOSE MARIA HERNANDEZ"-CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL labora mediante contrato de prestación de servicios con su respectivos cortes, así:

Contrato actual 342 de prestación de servicios con LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO – CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOGOTA No. 5020. A favor del CONTRATISTA con un pago mensual por un valor de Dos millones setecientos noventa y ocho mil pesos mcte. ($2.798.000,00). Se expide la presente constancia en la cuidad de Bogotá el Jueves 08 de Agosto 2013.

Cordialmente,

SP. CASTRO ALONSO ALVARO
Coordinador Talento Humano Disur

E.S.E. HOSPITAL LOCAL
MARIA LA BAJA
Nit: 806.010.788-1

Maria la Baja – Bolívar, 17 de Enero de 2008

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL MARIA LA BAJA

CERTIFICA

Que revisados los archivos que se manejan en esta dependencia se pudo constatar que el señor **DANILO MORALES HERRERA,** identificado con Cédula de Ciudadanía No 73.161.463 de Cartagena, Prestó sus Servicios Profesionales como Médico en el área de Urgencia en la E.S.E. Hospital Local Maria La Baja, desde el 1 de Mayo de 2003 hasta el 31 de Diciembre de 2004, luego mediante contratación a través de la cooperativa ETRACOMAR, desde el 02 de Enero de 2005 hasta el 31 de Marzo de 2007, y desde el 01 de Abril de 2007 hasta la fecha mediante Orden de Prestación de Servicio según Ley 80 Art. 32 1993, en la E.S.E. Hospital Local Maria La Baja.

El presente certificado no presenta Tachaduras ni Enmendaduras y se expide por petición del interesado.

DAYSI DE LEON ISAZA
Jefe de recursos Humanos E.S.E. Hospital

E.S.E. HOSPITAL LOCAL
MARIA LA BAJA

Calle 20 No 8-78

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Universidad Metropolitana.
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Danilo Emilio morales Herrera., 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Medico y cirujano
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

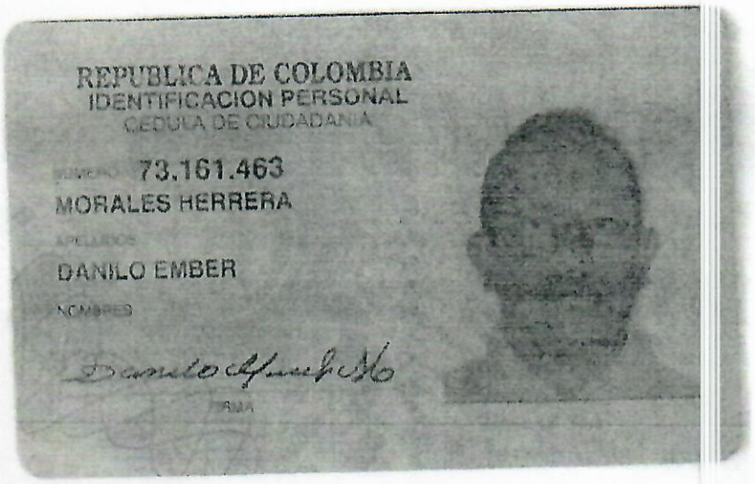
Firma: Danilo Morales H.

No. de documento: 73161463.

Tarjeta profesional No.: 73161463

Dirección de contacto: km 13 variante madrid facca.

Teléfono: 3002986226


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 73.161.463
MORALES HERRERA
APELLIDOS
DANILO EMBER
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1973
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
09-MAR-1992 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
A-1516000-00179607-M-0073161463-20090919
0016256324A 1

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14299248901

(415)7702121489984(8020) 000001429924890 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 3 1 6 1 4 6 3 – 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: 1 3 Cédula de ciudadanía

26. Número de Identificación: 7 3 1 6 1 4 6 3

27. Fecha expedición: 1 9 9 2 0 3 0 9

Lugar de expedición

28. País: 1 6 9 COLOMBIA

29. Departamento: 1 3 Bolívar

30. Ciudad/Municipio: 0 0 1 Cartagena

31. Primer apellido: MORALES

32. Segundo apellido: HERRERA

33. Primer nombre: DANILO

34. Otros nombres: EMBER

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: 1 6 9 COLOMBIA

39. Departamento: 1 1 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio: 0 0 1 Bogotá, D.C.

41. Dirección principal: CL 12 A 71 C 60 IN 1 AP 204

42. Correo electrónico: danilomh9@hotmail.es

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 0 2 8 1 3 3 4 2

45. Teléfono 2: 6 0 9 0 1 5 5

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:	1	2	5																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

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: 2 0 1 4 0 7 0 9

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 23-11-2016 10:23:55AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 09-12-2014
Hora: 3:57:30 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 73161463-2 DANILO EMBER MORALES HERRERA

Información

Dirección CL 12A 71C 60 IN 1 AP 204
Teléfonos 3102813342
Dirección electrónica danilomh9@hotmail.es
Fax

Información de

Fecha Inscripción 18/07/2012
Soporte Inscripción 14347316
Fecha Inicio Actividades 29/05/2002
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8621-ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MEDICA
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

BOGOTÁ HUMANA

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

Fuente ICA TE TOCA



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Cla

7316146 3

PERTENECE AL EJERCITO DE

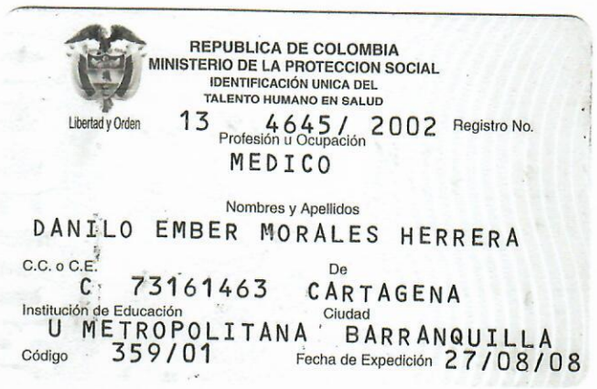
1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 03	31 - DIC. 13	31 - DIC. 23

APELLIDOS Y NOMBRES

MORALES HERRERA

DANILO EMBER

PROFESION BACHILLER



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

13 4645/ 2002 Registro No.

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C. o C.E. De
C 73161463 CARTAGENA

Institución de Educación Ciudad
U METROPOLITANA BARRANQUILLA

Código 359/01 Fecha de Expedición 27/08/08

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DANILO **EMBER**

MORALES HERRERA

C.C **73161463**

MEDICO(A)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion **30/12/2009**

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

73161463

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SOPORTES 2

Recibidos x

Juan Carlos Berrio Galezo 14:03 (H ce 21 horas.)

Danilo Morales Herrera 14:08 (H ce 21 horas.)

buenas tardes cordial saludo para solicitar antecedente etico

Tribunal Nacional Etica Médica Antecedentes 08:38 (Hace 2 hora)

para mí

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 – Artículo 63

Recibimos su solicitud, la cual está en trámite. El informe de antecedentes puede reclamarlo personalmente o mediante autorización en el Tribunal Nacional de Ética Médica, ubicado en la calle 147 No. 19-50 oficina 32 del Centro Comercial Futuro 147 Bogotá, a partir del día miércoles 22 de noviembre del año en curso. Se solicita tener en cuenta esta fecha al momento de la reclamación para que sea más diligente la entrega de su documento.

El horario de entrega de los informes es lunes a viernes de 08:00 am a 04:30 pm, jornada continua.

Más información en http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

Atentamente,

John Jairo García
Técnico Administrativo

"Este mensaje es confidencial, está amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si no es el receptor autorizado,cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor borrar el mensaje recibido inmediatamente."
http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS LOS DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Danilo

Apellidos: Morales

Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 73161463

Fecha de Nacimiento: Día. 09 Mes. 12 Año. 1973

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14-04-2009	EU408625	
	2	14-04-2009	EU603621	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	14-06-2009	AH1842-P2	
	2	14-07-2009	AH1842-P2	
	3	14-01-2010	AH1842-P3	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	UNICA	21 NOVIEMBRE 2012	1203501 V. 13 2013	DISPENSARIO SOR MARIA CONSUELO
Otras				

HOSPITAL DE USAQUÉN CAPRECSA SOCIAL DEL ESTADO	CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL PERIODICO	Código: U200R-FO579 Fecha: 02/04/2014 Versión: UNO Página 1

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Danilo Ember Robles con documento de identificación No. 73161463 se considera No Resulta Restricciones para desempeñar el cargo / la ocupación Medico del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación desempeñar.
3. Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal que la empresa le suministra pa el desempeño de su trabajo de manera segura.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado físico y previene patologías cardiovasculares, por lo que le recomendamos la práctica de trote, caminata enérgica, natación, ciclismo u otra actividad deportiva, acorde con su estado físico y condición de salud..

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto

OBSERVACIONES FINALES

-habitos de vida Saludable

CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 8 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actual Ministerio de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaci os médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraci es temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y ra detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo p de conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional e un sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia legal. El trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

Para constancia se firma, en Bogotá a los 28 días del mes de 03 de 2015
Cordialmente

Nombre y firma médico
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro profesional

Nombre del trabajador
c.c. 73161463



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C. 73.161.463

Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

(SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (20 Horas.)

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE REALIZACIÓN
08 DE JULIO DE 2017

FECHA DE VENCIMIENTO
08 DE JULIO DE 2019

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El portador esta capacitado y entrenada para salvar vidas.

Entrenate con nosotros.

310 7451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
DIRECTOR CIENTIFICO - NEUROCIRUJANO
ENTRENADOR BLS ACLS (AHA)
REGISTRO MEDICO NO. 2051/05

Ana Catalina Herrera D.
DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
Rj MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLSACLS GCE.

www.grupocolombianodeemergencias.com



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C. 73.161.463

Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA

(SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO SVA ACLS) *(48 Horas.)*

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE ENTREGA
09 DE JULIO DE 2017

FECHA DE RENOVACIÓN
09 DE JULIO DE 2019

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El portador esta capacitado y entrenada para salvar vidas.

Entrenate con nosotros.

310 7451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
DIRECTOR CIENTIFICO - NEUROCIRUJANO
ENTRENADOR BLS ACLS (AHA)
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05

Ana Catalina Herrera D.
DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1032721546
INSTRUCTOR BLSACLS GCE.

www.grupocolombianodeemergencias.com

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:	17-11-2017	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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 .2.1, 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 S ud 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 Siste de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	X	PARTICULAR		CONTRATISTA OPS		SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
MORALES	HERRERA	DANILO	EMBER	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPE CION (AAAA/MM D)
X	C.E.	R.C.	NUIP	73,161,463	CARTAGENA	1992-03-09
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-12-09	CARTAGENA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
	X				3	3	300 986220

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KM 13 VARINATE MADRID FACA CONJUNTO SABANA PIJAO CASA 191	MADRID	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	820 924

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
danilomh9@hotmail.es		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GUERRA	VASQUEZ	FABIOLA	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDI ION (AAAA/MM/)
X	C.E.	R.C.	NUIP	45,517,371	CARTAGENA	1992/03/02
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	DECLARA RENTA	SI X	IVA	SI X	NO	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONO A
						8621

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

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

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

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

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 No 5-43	3444484	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO	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	$ 2.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 120.120.000	ARRIENDOS	$ 1.600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 18.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 600.000	VEHICULOS	$ 28.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 17.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.600.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 8.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1.500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 90.000.000	OTROS PASIVOS*	$ 10.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 120.120.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 7.800.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 118.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 53.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORALES	HERNANDEZ	DANILO	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
BARRIO SAN FRANCISCO MZ 44 LOTE 12	CARTAGENA/BOLIVAR/COLOMBIA	PADRE	3008675333

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
MUEBLES JAMAR	MUEBLES	1	CARTAGENA	6949000

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 ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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 tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , 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) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direcciòn de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En

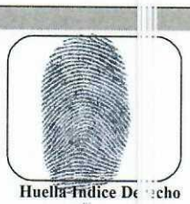
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 20 2. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integra 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, s 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 S red 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 4 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 ntrol 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 nacio l 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 DATO 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 De echo

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 INFORMA ON

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Renta y Complementarios Personas Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

PRIVADA

210

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 21116278231 9

(415)7707212489984(8020) 000211162782319

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
7 3 1 6 1 4 6 3	2	MORALES	HERRERA	DANILO	EMBER	3 2

24. Actividad económica: 8 6 2 1 — Si es una corrección indique: 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior

28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")

Patrimonio

Total patrimonio bruto	30	56,218,000
Deudas	31	18,000,000
Total patrimonio líquido	32	38,218,000

Ingresos

Recibidos como empleado	33	0
Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0
Honorarios, comisiones y servicios	35	120,120,000
Intereses y rendimientos financieros	36	0
Dividendos y participaciones	37	0
Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38	0
Obtenidos en el exterior	39	0
Total ingresos recibidos por concepto de renta	40	120,120,000
No Constitut. renta ni gan ocasional: Dividendos y participaciones	41	0
No Constitut. renta ni gan ocasional: Donaciones	42	0
No Constitut. renta ni gan ocasional: Pagos a terceros por alimentación	43	0
No Constitut. renta ni gan ocasional: **Otros ingresos no constitutivos de renta**	44	0
No Constitut. renta ni gan ocasional: **Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional**	45	0
Total ingresos netos	46	120,120,000

Costos y deducciones

Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	0
Deducción por dependientes económicos	48	0
Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	0
Otros costos y deducciones	50	60,000,000
Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0
Total costos y deducciones	52	60,000,000

Renta

Renta líquida ordinaria del ejercicio	53	60,120,000
o Pérdida líquida del ejercicio	54	0
Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0
Renta líquida	56	60,120,000
Renta presuntiva	57	750,000
Renta exenta: Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0
Renta exenta: Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	0
Renta exenta: Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0
Renta exenta: Aportes a cuentas AFC	61	0
Renta exenta: Otras rentas exentas	62	0
Renta exenta: Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	0
Renta exenta: **Total renta exenta**	64	0
Rentas gravables	65	0
Renta líquida gravable	66	60,120,000

Ganan. Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0
Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0
Costos por ganancias ocasionales	69	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
Ganancias ocasionales gravables	71	0

Determinación de la renta gravable alternativa - IMAN, para empleados

Total ingresos obtenidos período gravable	72	0
Dividendos y participaciones no gravados	73	0
Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	0
Gastos de representación exentos	76	0
Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0
Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0
Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0
Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0
Indemnizaciones y otros Lit. i) Art 332 ET.	81	0
Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0
Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	83	0

Liquidación privada

Impuesto sobre la renta líquida gravable	84	6,123,000
Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	85	0
Descuentos: Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
Descuentos: Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
Descuentos: Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente	88	0
Descuentos: Otros	89	0
Descuentos: **Total descuentos tributarios**	90	0
Impuesto neto de renta	91	6,123,000
Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
Total impuesto a cargo	94	6,123,000
Anticipo renta por el año gravable 2016	95	233,000
Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	0
Total retenciones año gravable 2016	97	6,797,000
Anticipo renta por el año gravable 2017	98	907,000
Saldo a pagar por impuesto	99	0
Sanciones	100	0
Total saldo a pagar	101	0
o Total saldo a favor	102	0

103. No. Identificación signatario — 104. DV

0

(415)7707212489984(8020)659347000000731614630400(3900)00000000000000(96)20170905

105. No. Identificación dependiente: 0 — 106. Parentesco: 0 — 107. Total dependientes: 0

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ [illegible]esivo

2017392270091 7

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DANILO EMBER MORALES HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 73.161.463 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa DANILO EMBER MORALES HERRERA NIT , en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	278

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED CENTRO ORIENTE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8738252

CER-AFI

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

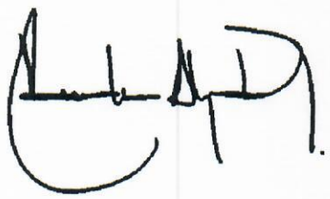
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DANILO EMBER MORALES HERRERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **73,161,463**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Noviembre de 2017.



Gerente de Clientes

Secretaría Distrital Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-I - FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017- -04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

73.161.463 Numero de Documento	Sura. ARL

Danilo Primer Nombre	Ember Segundo Nombre	Morales Primer Apellido	Herrera. Segundo Apellido

9/12/1973 F. Nacimiento dd/mm/aa	Cartagena Ciudad de Nacimiento	Ik 13 va variante Madrid. Dirección de Residencia	820932 Teléfono Fijo

Compensar EPS - Salud	Porvenir. AFP - Pensiones	$ 237880 Honorarios

Medico Objeto Contractual (Cargo)	Enero Fecha Inicio del Contrato

danilomh9@hotmail.es. Correo Electrónico	3002986220. Celular

Danilo Herrera M.
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101803956

WEB
14:13:34

Bogotá DC, 16 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) DANILO EMBER MORALES HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 73161463:

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 jueves 16 de noviembre de 2017, a las 14:15:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	73.161.463
Código de Verificación	873130742017

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 VENTAN ..LA
No. 189 283

Bogotá D.C., 16 de Noviembre de 2017 - 14:22 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DANILO EMBER MORALES HERRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES** de CARTAGEN.

73161463

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_RZ913_2214
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 16/11/2017 a las 14:19:35 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 73161463 y Nombres: MORALES HERRERA DANILO EMBER
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.

Volver al Inicio

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/11/21

Por medio de la presente hacemos constar que el señor DANILO EMBER MORALES HERRERA
con Cédula de Ciudadanía número 73161463
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	004870412980
Fecha Apertura	2014/01/17

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

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