Universidad de
La Sabana

Personería Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

El suscrito Secretario General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Acta No. 1462 del libro de Actas de Grado de la Universidad consta que en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía, el día 13 del mes de DICIEMBRE del año 2011 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA con Cédula de Ciudadanía No.80217578, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO otorgado por La Universidad de la Sabana con el diploma No 38824.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 3319 del 10 de Agosto de 2005.

El presidente de la ceremonia, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades que en ella intervinieron y el Secretario General así:

El Rector OBDULIO VELÁSQUEZ POSADA

El Decano de la Facultad de MEDICINA
CAMILO OSORIO BARKER

El Secretario General
JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS

Se expide la presente Acta en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los trece (13) días del mes de DICIEMBRE de dos mil once (2011).

JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS
Secretario General

Universidad de
La Sabana
Secretaría General

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 8065

El Consejo de Facultad en su sesión del día 12 *de* Nov. *de* 2004 *Acta No.* 38

CONSIDERANDO QUE

Rafael Arturo Meza Matallana

C.C. N°. 80.217.578 de Stafé de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Médico Cirujano

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Vicerrector de la Sede hizo entrega del Diploma Número 83447 *registrado en el Folio No.* 51 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 14 *días del mes de* Diciembre *de* 2004

PRESIDENCIA

SECRETARÍA

Scanned by CamScanner

Fundación INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

RAFAEL MEZA

CC. No. 80217578

Ha asistido al curso:

ACCESOS VENOSOS

Focus Assesed Sonography For Vascular Access

En calidad de participante con una intensidad de 6 horas.

Realizada en la Fundación INSIMED el 29 de Septiembre de 2012

Director Ejecutivo de la Fundación INSIMED
Dr. Guillermo Ortíz

Coordinador Curso
Dr. Camilo Pizarro

1 Curso de fisiología respiratoria aplicada a la ventilación mecánica

CERTIFICA QUE

RAFAEL MEZA

ASISTIÓ AL
1ER CURSO DE FISIOLOGIA RESPIRATORIA APLICADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

CON UNA INTENSIDAD DE CATORCE (14) HORAS
MAYO 20 Y 21 DE 2011 - BOGOTÁ, CUNDINAMARCA

DR. JAVIER FERNANDEZ
DIRECTOR OF CLINICAL EDUCATION AND RESEARCH
RESPIRATORY DIVISION
COVIDIEN LATIN AMERICA

DR. RICARDO BUITRAGO
COORDINADOR DE PROGRAMA
MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
JEFE UNIDAD CUIDADO INTENSIVO - CLÍNICA SHAIO

Universidad de La Sabana

COVIDIEN
positive results for life™

FUNDACION CLINICA SHAIO

Universidad de
La Sabana

certifica que

MEZA MATALLANA RAFAEL ARTURO

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Especializaciones Médico Quirúrgicas, asistió al diplomado en Investigación Clínica aplicada durante el desarrollo de la Escuela de Postgrados de La Facultad de Medicina con una intensidad horaria de 270 horas y 32 créditos académicos

Universidad de La Sabana, Campus del Puente del Común,
Km 7 Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca – Colombia

Chía, Diciembre 13 de 2011

CAMILO OSORIO BARKER
Decano Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

JOHN LONDOÑO PATIÑO
Director de Postgrados e Investigación
Facultad de Medicina - Universidad de La Sabana

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAI DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Rafael Arturo Meza Matallana

C.C. No. 80.217.578 EXPEDIDA EN Santafé de Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGI

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá , Diciembre 14 DEL 20

DECANATURA DE LA FACULTAD

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA G

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 8065

El Consejo de Facultad en su sesión del día 12 *de* Nov. *de* 2004 *Acta No.* 38

CONSIDERANDO QUE

Rafael Arturo Meza Matallana

C.C. Nº. 80.217.578 de Stafe de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Médico Cirujano

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Vicerrector de la Sede hizo entrega del Diploma Número 83447 *registrado en el Folio No.* 51 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 14 *días del mes de* Diciembre *de* 2004

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

María Teresa Perdomo Abell
SECRETARÍA
Consejo de Facultad

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Libertad y Orden

Registro No.

25 3665/ 2005

Firma Médico

Nombres y Apellidos

RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA

C.C. o C.E. De

C 80217578 BOGOTA

Universidad Ciudad

NACIONAL DE COL BOGOTA

Código 46463/01 Fecha de Expedición 27/04/06

Universidad de
La Sabana

Personería Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

El suscrito Secretario General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Acta No. 1462 del libro de Actas de Grado de la Universidad consta que en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía, el día 13 del mes de DICIEMBRE del año 2011 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA con Cédula de Ciudadanía No.80217578, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO otorgado por La Universidad de la Sabana con el diploma No 38824.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 3319 del 10 de Agosto de 2005.

El presidente de la ceremonia, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades que en ella intervinieron y el Secretario General así:

El Rector OBDULIO VELÁSQUEZ POSADA

El Decano de la Facultad de MEDICINA
CAMILO OSORIO BARKER

El Secretario General
JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS

Se expide la presente Acta en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los trece (13) días del mes de DICIEMBRE de dos mil once (2011).

JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS
Secretario General

Universidad de
La Sabana
Secretaría General

PFIZER

CERTIFICA QUE

RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA

ASISTIÓ AL CURSO TALLER DE FARMACOECONOMÍA CON ENFÁSIS EN INFECTOLOGÍA Y CUIDADO CRÍTICO Y POR TANTO EMITE EL SIGUIENTE

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Heidy Caceres
Gerente de Farmacoeconomía & OR
Pfizer

Pfizer


Universidad de
La Sabana
FUNDACION
CLINICA
SHAIO
Certifican que
Rafael Arturo Heza Matallana
Ha participado en el
III Legado Medicina Crítica y Cuidado
Intensivo
"ENFERMEDADES TROPICALES EN
CUIDADO INTENSIVO"
17, 18 Y 19 de Noviembre de 2011
Dr. Álvaro Romero T.
Director de Programa Facultad de Medicina
Universidad de la Sabana
Dr. Ricardo Buitrago B.
Coordinador programa
Medicina Crítica y Cuidado Intensivo
Dr. Iván Armenta G.
Director División de Educación Médica
Clínica Shaio

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

6044060

Nombre	**MEZA MATALLANA RAFAEL ARTURO**	Fecha de recepcion:	04-jun-2015 4:37 pm
Identificacion	CC 80217578 Tel.	Fecha de impresion:	30-jul-2015 10:02 am
Edad	33 Años 0 Meses 0 Dias Sexo M	Empresa	HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	0603041856	Fecha Validacion	04-jun-2015 9:31:00p.m.

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000.00	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

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

DUSTIN H. RINCON MIRANDA
C.C. 72,338,337
BACTERIOLOGO

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAN
C.C. 28,644,959
BACTERIOLOGA

ARL | sura

Medellín, 24 de noviembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA identificado(a) con cédula de ciudadanía 80217578 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 22/07/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
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: 24/11/2017 9.57 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de noviembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA identificado(a) con cédula de ciudadanía 80217578 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 15/03/2017 **Fecha fin cobertura:** 31/03/2017

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
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: 24/11/2017 9.57 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de La Sabana

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Rafael Arturo Meza Natallana en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 80217578

Tarjeta profesional No: 3665-2005

Dirección de contacto: Calle 134A # 57A 35

Teléfono: 3114817937

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 80217578 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección Calle 134 A 57 A35 Torre 4 Ap 101 **Teléfonos** 3114817937 6246086

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SONIA INES MATALLANA	51690152	MADRE
RAFAEL MEZA BENITEZ	19442546	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 299.051.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	001370068726	ABASTOS	$ 500.000,00
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102610052	AV PRIMERA	$ 3.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
HELM BANK	LEASING AUTO	$ 18.000.000,00
HELM BANK	LEASING HABITACIONAL	$ 230.000.000,00
BANCO POPULAR	TARJETA CREDITO	$ 5.500.000,00
ICETEX	CREDITO DE ESTUDIO	$ 12.000.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

DAVIVIENDA	CREDITO	$ 50.000.000,00
BBVA	CREDITO	$ 58.000.000,00
BBVA	TARJETA Y CREDITO	$ 35.000.000,00

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 ⊗ N ○ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE			No.
CINDY KATERINTT AGUILERA DUCUARA	C.C ○	C.E ○	T.I. ○	1016024997

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 26-NOV-2017
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.217.578
MEZA MATALLANA

APELLIDOS
RAFAEL ARTURO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-JUN-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500100-00001041-M-0080217578-20080000 0000033094A 1 1670013626

Scanned by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MEZA MATALLANA,RAFAEL ARTURO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 80.217.578 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102610052, abierta/o desde el 15/06/2010.

Se expide en Bogota el día 26 del mes de Noviembre del año 2017 con destino a: SUBREDCENTROORIENTE

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner

C-3533

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) **RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 80217578 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 25-3665/2005 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno..

Dada en Bogotá, D. C., a los cinco (5) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD.
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 tnetmed@outlook.com

Scanned by CamScanner

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

DE LA FUNDACIÓN ABOOD SHAIO

CERTIFICA:

Que, **MEZA MATALLANA RAFAEL ARTURO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No.80.217.578** prestó sus servicios en esta Institución desde el **01 DE MARZO DE 2007 HASTA EL 30 DE MAYO DE 2016,** desempeñando el cargo de **MÉDICO INTENSIVISTA.**

Se expide la presente certificación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo **57** numeral **7 del C.S. DE T.**, considerándose la Fundación liberada de entregar certificaciones posteriores al **30 DE JUNIO DE 2016.**

Cordialmente,

GUILLERMO BOTERO VILLORIA

RR.HH. E/0451
GBV/IreneP

Scanned by CamScanner

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 23 de noviembre de 2017, a las 20:3:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	80.217.578
Código de Verificación	822498892017

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

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: 2111625910361

(415)7707212489984(8020) 000211162591036 1

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
8 0 2 1 7 5 7 8	9	MEZA	MATALLANA	RAFAEL	ARTURO	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	91,763,000
	Deudas	31	325,189,000
	Total patrimonio líquido	32	0
Ingresos	Recibidos como empleado	33	299,051,000
	Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0
	Honorarios, comisiones y servicios	35	0
	Intereses y rendimientos financieros	36	21,000
	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	299,072,000
	No Constitut. renta ni gan ocasional: Dividendos y participaciones	41	0
	Donaciones	42	1,000,000
	Pagos a terceros por alimentación	43	0
	Otros ingresos no constitutivos de renta	44	16,000
	Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	45	1,016,000
	Total ingresos netos	46	298,056,000
Costos y deducciones	Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	1,368,000
	Deducción por dependientes económicos	48	11,425,000
	Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	26,019,000
	Otros costos y deducciones	50	41,009,000
	Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0
	Total costos y deducciones	52	79,821,000
Renta	**Renta líquida ordinaria del ejercicio**	53	218,235,000
	o Pérdida líquida del ejercicio	54	0
	Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva,	55	0
	Renta líquida	56	218,235,000
	Renta presuntiva	57	0
	Renta exenta: Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0
	Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	18,495,000
	Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	1,800,000
	Aportes a cuentas AFC	61	47,300,000
	Otras rentas exentas	62	0
	Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	31,677,000
	Total renta exenta	64	99,272,000
Rentas gravables		65	0
Renta líquida gravable		66	118,963,000

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	299,072,000
	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	31,487,000
	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	1,368,000
	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	266,217,000
Liquidación privada	**Impuesto sobre la renta líquida gravable**	84	22,599,000
	Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	85	27,290,000
	Descuentos: Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
	Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
	Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente	88	0
	Otros	89	0
	Total descuentos tributarios	90	0
	Impuesto neto de renta	91	27,290,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
	Total impuesto a cargo	94	27,290,000
	Anticipo renta por el año gravable 2016	95	500,000
	Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	0
	Total retenciones año gravable 2016	97	26,272,000
	Anticipo renta por el año gravable 2017	98	500,000
	Saldo a pagar por impuesto	99	1,018,000
	Sanciones	100	0
	Total saldo a pagar	101	1,018,000
	o Total saldo a favor	102	0

103. No. Identificación signatario — 104. DV

0

105. No. Identificación dependiente — 107. Total dependientes 0

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espac — idad recaudadora

Firmado
2017-08-23 / 11:56:55 PM
Fecha Acuse de Recibo

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

91000443149936

20172796829866

RECIBIDO

Scanned by CamScanner

República de Colombia

Universidad de
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

Rafael Arturo Meza Matallana

C.C. Nº 80.217.578

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

Dado en el Campus Universitario de Chía, a los 13 días del mes de Diciembre de 2011.

Rector
Universidad de La Sabana

Rectoría

Personería jurídica otorgada por la resolución 130 de Enero 14 de 1980, Ministerio de Educación Nacional.

COMO NOTARIO 5º DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL CON QUE HA SIDO CONFRONTADO.
30 DIC 2011
ANDRES HELI ZAREMA O. PACHECO
NOTARIO 5º
BOGOTA D.C.

Decano

38824

Secretario General
Universidad de La Sabana
Secretaría General

Anotado al folio 517 del libro de registro No. 6
a los 13 días del mes de Diciembre de 2011.

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Rafael Arturo Meza Matallana

C.C. No. 80.217.578 EXPEDIDA EN Santafé de Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá , Diciembre 14 DE 2004

DECANATURA DE LA FACULTAD

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 51 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2

DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0083447

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2017

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80217578
NOMBRES Y APELLIDOS	Meza Matallana,Rafael Arturo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente - Profesor, Independiente Con
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Meza Matallana,Rafael Arturo, a los 23 días del mes de noviembre del año 2017.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Regimen : COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000027047

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 24/11/2017 08:28:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA **C.C** 80217578

EDAD 36 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** MEDICO ESPECIALISTA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometría	☐	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

HIGIENE POSTURAL

PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-ene-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MEZA	MATALLANA	RAFAEL ARTURO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80217578

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 81061004041 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES JUN AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 134 A 57 A35 Torre 4 Ap 101

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C. TELEFONO 6246086

EMAIL rafartur@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1997
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	12	X		MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	12	2011	No especificada
UN	12	X		SIN REGISTRAR	12	2004	No especificada
ES	4	X		ESPECIALISTA EN DERECHO MÉDICO SANITARIO	4	2017	

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Francés	X				X		X		
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-ene-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: esesantaclara@gov.co	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 5 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 1 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: INTENSIVISTA	*DEPENDENCIA*: UCI	*DIRECCIÓN*: CRA 14 B 1 59 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA SHAIO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 3 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: UCI	*DEPENDENCIA*: UCI	*DIRECCIÓN*: DIAG 115 A 70 C 75	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	7	8
PRIVADO	9	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-ene-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá Enero 11 de 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

81061004041

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 11	31 - DIC. 21	31 - DIC. 31

APELLIDOS Y NOMBRES

MEZA MATALLANA
RAFAEL ARTURO

UM PONAL ESP. MIL AUX. PONAL

PROFESION BACHILLER



Scanned by CamScanner

OLDMUTUAL
Hagamos Grandes Cosas Juntos

Dirección: Av. 19 # 1[illegible]
Teléfono +57 (1) 658 4[illegible]
Bogotá [illegible]
Línea Nacional [illegible]
www.oldmutual.com.co

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A Quien interese

Que RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA identificado con cédula de ciudadanía número 80217578 se encuentra afiliado(a) a OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002317895, vigente desde el 1 de Abril de 2017 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 23 de Noviembre de 2017.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20171123-20:36-13159775

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1912652

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2017 - 20:11 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) **RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

80217578

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_5Z9FD_1120
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102115047

WEB
20:08:24

Bogotá DC, 23 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) RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80217578:

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.

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 3665 DE 2005

(19 AGO. 2005)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956 del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O :

Que **RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA,** con cédula de ciudadanía **No. 80.217.578 de Santafé de Bogotá, D.C,** ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **MEDICO CIRUJANO, TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, BOGOTA, D.C., SEGUN ACTA DE GRADO No.8065, DE FECHA 14 DE DICIEMBRE DE 2004.**

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado **al Folio No.51, libro 2, por la Secretaría de la Universidad, Bogotá, D.C., del 14 de diciembre de 2004.**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio de seis (6) meses, tal y como lo determina la Resolución No. 01140 del 4 de septiembre de 2002, emanada del Ministerio de Salud, ren **EL PUESTO DE SALUD DE PAIME - INSPECCION DEL PLOMO, DEPENDIENTES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE PACHO CUNDINAMARCA, DEL 22 DE ENERO AL 21 DE JULIO DE 2005.**

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 80.217.578 de Santafé de Bogotá, D.C.,** para ejercer la profesión como **MEDICO CIRUJANO,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 19 AGO. 2005

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

Scanned by CamScanner

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 3665 DE 2005

(19 AGO. 2005)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956 del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O :

Que **RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA**, con cédula de ciudadanía **No. 80.217.578 de Santafé de Bogotá, D.C,** ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **MEDICO CIRUJANO, TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, BOGOTA, D.C., SEGUN ACTA DE GRADO No.8065, DE FECHA 14 DE DICIEMBRE DE 2004.**

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado **al Folio No.51, libro 2, por la Secretaría de la Universidad, Bogotá, D.C., del 14 de diciembre de 2004.**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio de seis (6) meses, tal y como lo determina la Resolución No. 01140 del 4 de septiembre de 2002, emanada del Ministerio de Salud, ren **EL PUESTO DE SALUD DE PAIME - INSPECCION DEL PLOMO, DEPENDIENTES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE PACHO CUNDINAMARCA, DEL 22 DE ENERO AL 21 DE JULIO DE 2005.**

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 80.217.578 de Santafé de Bogotá, D.C.,** para ejercer la profesión como **MEDICO CIRUJANO,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 19 AGO. 2005

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

Vo.Bo. Dra. Maria Isabel Serrano Rangel/ Oficina Asesora de Asuntos Juridicos
Patricia Yepes. W.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-08-2016
Hora: 1:14:30 PM

CONTRIBUYENTE NIT 80217578-9 RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA

Información General

Dirección CL 134 A 57 A 35 TO 4 AP 101

Teléfonos 3114817937

Dirección electrónica rafatur@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/08/2016

Soporte Inscripción 22437985

Fecha Inicio Actividades 01/08/2005

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: 16001057268

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14315683086

(415)7707212489984(8020) 000001431568308 6

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

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
MEZA	MATALLANA	RAFAEL	ARTURO

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 134 A 57 A 35 TO 4 AP 101

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
rafartur@hotmail.com		4 2 0 5 0 6 5	5 7 3 1 1 4 8 1 7 9 3 7

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 5 0 8 0 1					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic e

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 1 6

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 MEZA MATALLANA RAFAEL ARTURO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-08-2016 05:38:05PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	2017-11-22	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA 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		
MEZA	MATALLANA	RAFAEL	ARTURO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80217578	BOGOTA	1999-06-16
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1981-06-10	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1	3114817937

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 134 A 57 A 35 T4 AP 101	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	COLOMBIA	6246086

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUILERA	DUCUARA	CINDY	KATHERINTT

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1016024997	BOGOTA	2008-03-18	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐ CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIA

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 ☐

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☑	HOSPITAL SANTA CLARA

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARRERA 14 1-45 SUR	3282828	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO ESPECIALISTA	FECHA VINCULACION	2010-05-01

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	$ 5,400,000	GASTOS FAMILIARES	$ 8,000,000	AHORROS	$ 6,000,000	SALDO HIPOTECA	$ 230,000,000
HONORARIOS	$ 17,000,000	ARRIENDOS	$ 2,800,000	INVERSIONES	$ 30,000,000	TARJETAS DE CREDITO	$ 40,000,000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 1,400,000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	$ 18,000,000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 10,000,000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 6,000,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 40,000,000
TOTAL INGRESOS	**$ 22,400,000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 18,200,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 36,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 338,000,000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	GASTOS PARA DESEMPEÑO LABORAL		PRODUCTIS CREDITO BANCOS

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
ALAYON	RODRIGUEZ	NAYIBE	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 5 69-16	BOGOTA	LABORAL	3017947280

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	1370068726	ABASTOS	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☑

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Actividad Económica Como Médico Especialista

Scanned by CamScanner

Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo
dicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n)
on la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por
plicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE
ERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la
iolación del mismo.
. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE ESE.

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

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

Scanned by CamScanner

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.

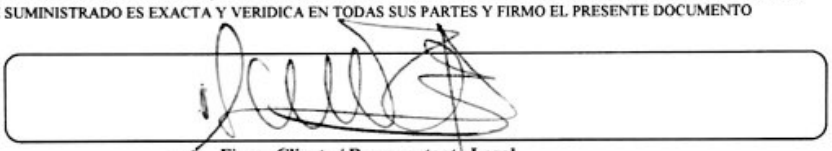
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

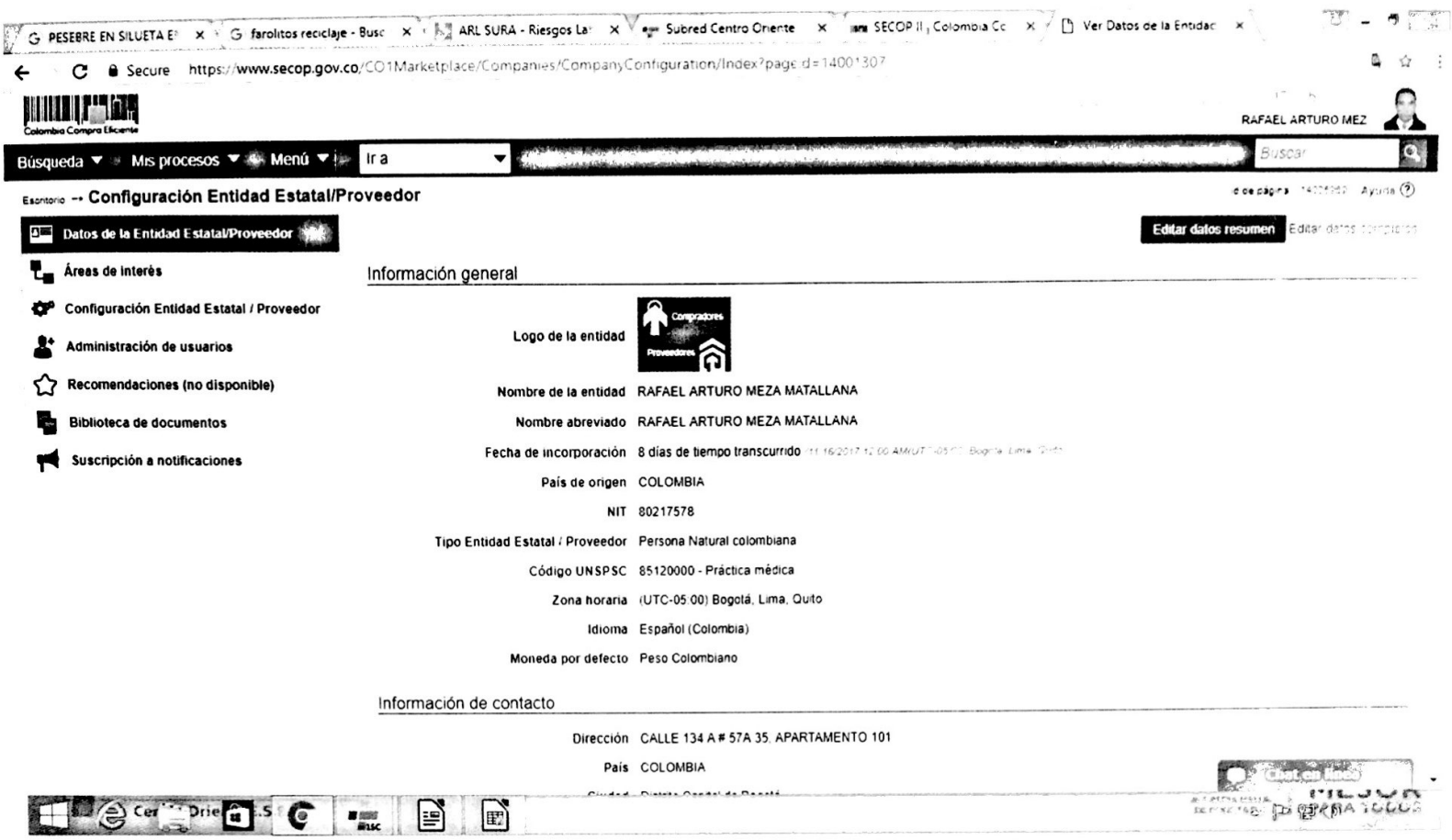


Huella Indice Derecho

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:		

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

RAFAEL ARTURO MEZA MATALLANA

C.C o C.E 80217578

Profesión u Ocupación

MEDICO CIRUJANO

Especialidad

MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

Institución de Educación

U. NACIONAL DE COLOMBIA

Ciudad BOGOTA D.C.

Fecha de expedición diploma 14/12/2004

Fecha de inscripción RETHUS 19/10/2017



80217578

Scanned by CamScanner