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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CODIGO: AP-TH-FT-013
VERSION: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE		FECHA	# FOLIOS
NOMBRE DEL CANDIDATO	David Solano Rueda	DOCUMENTO	79322416
TELEFONO	3005589209	ACTIVIDAD SOLICITADA	Médico Ginecólogo.

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

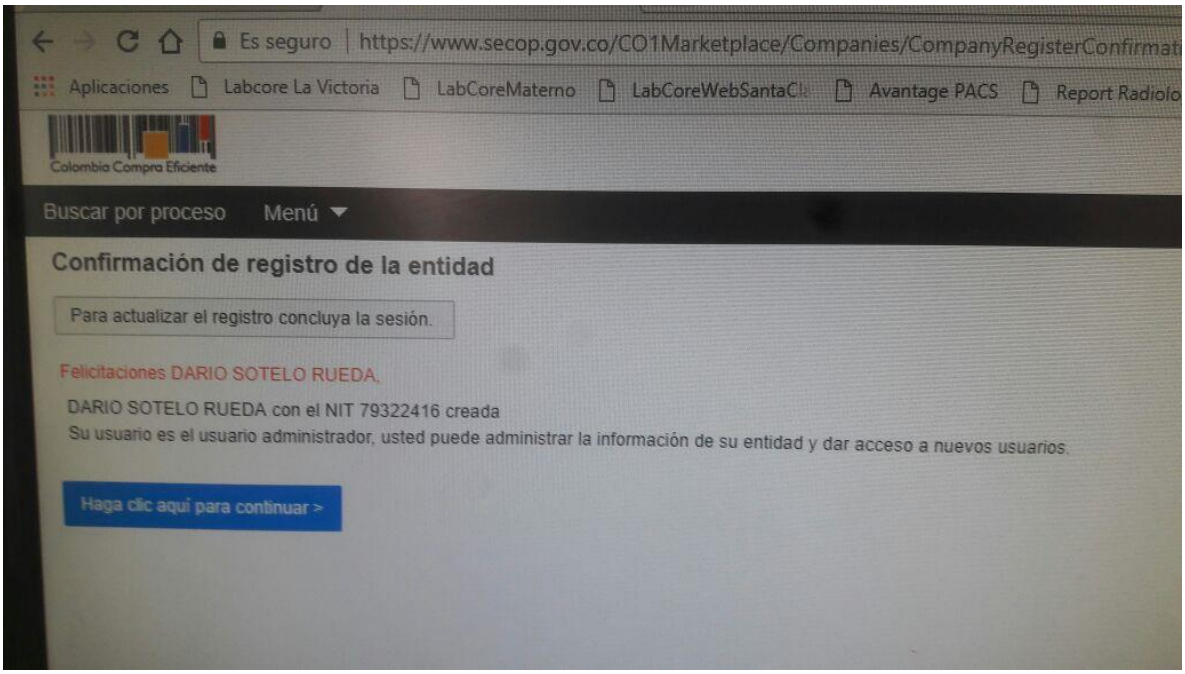
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO JPG	SI ☑
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☑
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☑
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☑ N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☑ N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐ NO ☒
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐ N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☑ N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☑ N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO – RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI ☑
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☑
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☑ N/A ☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☑ N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☑ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☑ N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☑ N/A ☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☑ N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☑ N/A ☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI · N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐ N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐ N/A ☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☑ N/A ☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia – Camilleros)	SI ☐ N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐ N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐ N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - impreso y Firmado con Huella	SI ☑
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI ☑
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☑
32	FORMULARIO DE AFILIACION A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☑
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☑

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano		Fecha:	

Scanned by CamScanner




Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmat
Aplicaciones
Labcore La Victoria
LabCoreMaterno
LabCoreWebSantaCl
Avantage PACS
Report Radiolo
Colombia Compra Eficiente
Buscar por proceso
Menú
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones DARIO SOTELO RUEDA,
DARIO SOTELO RUEDA con el NIT 79322416 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 >

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: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SOTELO	RUEDA	DARIO DARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79322416

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79322416 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES AGO AÑO 1964

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CI 24 A 59 - 59 TO 4 AP 502

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6451551

EMAIL dsotelor@unal.edu.co

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 TECNICO INDUSTRIAL EN
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1981
										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	6	X		ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	9	2005	79322416
UN	12	X		MEDICO(A) CIRUJANO(A)	12	1989	0130/91

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

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: 16-dic-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 RED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contratacion@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO planta provisional	*DEPENDENCIA* GINECOLOGIA	*DIRECCIÓN* Dg 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA VICTORIA ESE III NIVEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ginecologia@esevictoria.gov.co	
TELÉFONOS 3725610	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 11 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO* DIA 17 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO OPS/PLANTA PROVISIONAL	*DEPENDENCIA* ginecologia	*DIRECCIÓN* Kr 10 1 62 sur	

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	10	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	8

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: 16-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, Diciembre 16 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

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

Última Actualización: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DARIO DARIO SOTELO RUEDA

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79322416 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cl 24 A 59 - 59 TO 4 AP 502 **Teléfonos** 3005589209 6451551

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA ELSA RUEDA DE SOTELO	20183858	MADRE
NICOLAS SOTELO MORALES	1001296437	HIJO(A)

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	$ 144.085.407,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 23.671.166,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 4.250.893,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 67.537.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 239.544.666,00

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
BBVA	CORRIENTE	1304170100017357	CALLE 93	$ 0,00
DAVIVIENDA	AHORROS	008400717602	VEINTE DE JULIO	$ 8.286.682,00
BBVA	AHORROS	41958144	SANTA LUCIA	$ 1.254.741,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	YAMAHA XTZ 250 PLACA IRF72D	$ 9.110.000,00
APARTAMENTO	CL 24A 59 59 TO4 AP502 93-94	$ 315.131.000,00
VEHICULO	PEUGEOT 3008 PLACA JEW054	$ 70.960.000,00

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

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

Última Actualización: 16-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BBVA	TARJETAS DE CREDITO	$ 15.401.295,00
BANCO DE OCCIDENTE	CREDITO HIPOTECARIO	$ 262.854.480,00

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** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 128

El Consejo de Facultad en su sesión del día 23 *de* agosto *de* 2005 *Acta No.* 26

CONSIDERANDO QUE

Darío Sotelo Rueda

C.C. N° 79.322.416 de Bogotá

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

Especialista en Obstetricia y Ginecología

Trabajo Final o Tesis:

Estrategia de mejoramiento continuo de calidad en las unidades de atención obstétrica y del recién nacido en el Instituto Materno Infantil, para la disminución de la mortalidad evitable materna, perinatal y neonatal.

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 14202 *registrado en el Folio No.* 26 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 16 *días del mes de* septiembre *de* 2005

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

María Teresa Tenorio Abello

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 8002

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 12 DE diciembre DE 1989

ACTA No. 46 CONSIDERANDO QUE:

Darío Sotelo Rueda

C.C. No. 79.322.416 de Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

Médico Cirujano

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL, Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 92-154Ñ

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 21 DIAS DEL MES DE diciembre DE 1989

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

No. 0025910

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

Darío Sotelo Rueda

cc. 79.322.416 Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE

TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA

DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

Especialista en Obstetricia y Ginecología

EN LA CIUDAD DE Bogotá, A Septiembre 16 DE 2005

RECTORIA GENERAL

DECANATURA FACULTAD

Elizabeth López Rico
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 26 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá, FACULTAD DE Medicina

0014202

THOMAS GREG & SONS.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Darío Sotelo Rueda

C.C. No. 79.322.416 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 21 de diciembre DE 1989

DECANO DE LA FACULTAD | RECTOR DE LA UNIVERSIDAD | MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD | SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD | SECRETARIO DEL MINISTERIO

REGISTRADO AL FOLIO 57-S DEL LIBRO DE DIPLOMAS 89
28 Diciembre 1989

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 128

El Consejo de Facultad en su sesión del día 23 *de* agosto *de* 2005 *Acta No.* 26

CONSIDERANDO QUE

Darío Sotelo Rueda

C.C. N° 79.322.416 de Bogotá

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

Especialista en Obstetricia y Ginecología

Trabajo Final o Tesis:

Estrategia de mejoramiento continuo de calidad en las unidades de atención obstétrica y del recién nacido en el Instituto Materno Infantil, para la disminución de la mortalidad evitable materna, perinatal y neonatal.

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 14202 *registrado en el Folio No.* 26 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 16 *días del mes de* septiembre *de* 2005

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

María Teresa Tenorio Abello

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 8002

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 12 DE diciembre DE 1989

ACTA No. 46 CONSIDERANDO QUE:

Darío Sotelo Rueda

C.C. No. 79.322.416 de Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

Médico Cirujano

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL, Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 92-154Ñ

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 21 DIAS DEL MES DE diciembre DE 1989

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

No. 0025910

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

Darío Sotelo Rueda

cc. 79.322.416 Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE

TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA

DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

Especialista en Obstetricia y Ginecología

EN LA CIUDAD DE Bogotá, A Septiembre 16 DE 2005

RECTORIA GENERAL

DECANATURA FACULTAD

Elizabeth López Rico
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 26 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá, FACULTAD DE Medicina

0014202

THOMAS GREG & SONS.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Darío Sotelo Rueda

C.C. No. 79.322.416 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 21 de diciembre DE 1989

DECANO DE LA FACULTAD | RECTOR DE LA UNIVERSIDAD | MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD | SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD | SECRETARIO DEL MINISTERIO

REGISTRADO AL FOLIO 57-S DEL LIBRO DE DIPLOMAS 89
28 Diciembre 1989

Bogotá D.C, noviembre 27 de 2017

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Ciudad

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DARIO SOTELO RUEDA, 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 títulos académicos como:

MEDICO CIRUJANO Y ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 79´322.416 de Bogotá

Tarjeta profesional No: 0130/1991

Dirección de contacto: Cl 24 A 59 59 TO 4 AP 502

Teléfono: 3005589209

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT. 900959051-7

C E R T I F I C A:

Que el profesional **DARIO SOTELO RUEDA** identificado con cédula de ciudadanía N° 79.322.416 se encuentra vinculado en calidad de empleado público (provisional) al Hospital La Victoria hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., desde el 1 de septiembre de 2014, ocupando el empleo de MÉDICO ESPECIALISTA Código 213 Grado 32, con asignación de $5.850.128, prima de antigüedad de $175.504, prima técnica de $2.340.051 y un promedio mensual en recargos nocturnos, dominicales y/o festivos de $1.365.000.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C, a los once (11) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018), a solicitud del funcionario.

MÓNICA ADRIANA FLÓREZ BONILLA
Director Operativo de Talento Humano

Elaboró: Lía Sequeda M.

Diagonal 34 N°. 5 - 43
Celular 3023405561
Tel.: 344 44 84

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Consecutivo No. 1297

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El señor **DARIO SOTELO RUEDA,** identificado con CC. Nº 79.322.416, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CONTRATO
PS 0115 2018	10-01-2018	15-12-2018	$ 59.364.840

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA , PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS ÚLTIMO CONTRATO
1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente , en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o

Scanned by CamScanner

inadecuada manipulación de los mismos.13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.14. El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentren bajo su custodia.15. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.16. Tener la disposición de participar en la programación de actividades del servicio.17. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.19. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 20. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.21. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.22. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.23. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.24. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.25. Tener la disposición de participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.26. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.27. Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.28. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. 29. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.30. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.31. Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio.32. Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. 33. Portar el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa. 34. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 35. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de noviembre de 2018.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección de Contratación OPS.

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Técnico Administrativo OPS
Revisó: Adriana Londoño Pava – Abogado Contratista Referente OPS

Scanned by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
20-ENE-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500102-42126212-M-0079322416-20050225 04419050550 02 154001105



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.322.416
NUMERO
SOTELO RUEDA
APELLIDOS
DARIO
NOMBRES
FIRMA

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14330764406

(415)7707212489984(8020) 000001433076440 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 3 2 2 4 1 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 9 3 2 2 4 1 6	1 9 8 3 0 1 2 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOTELO	RUEDA	DARIO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 24 A 59 59 TO 4 AP 502

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dsotelor@gmail.com		8 8 5 3 5 6 1	3 0 0 5 5 8 9 2 0 9

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	1 9 9 9 1 0 0 4	7 4 9 0	2 0 1 0 0 4 2 7				

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:	5	1	1	1	6																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

11- Ventas régimen común

16- Obligación facturar por ingresos bienes

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 9 0 2

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 SOTELO RUEDA DARIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 79322416-1 DARIO SOTELO RUEDA

Información General

Dirección CL 24A 59 59 TO 4 AP 502

Teléfonos 3005589209

Dirección electrónica dsotelor@unal.edu.co

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/05/2007

Soporte Inscripción 9064963

Fecha Inicio Actividades 04/10/1999

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

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

Libertad y Orden

01 30/1991

Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

DARIO SOTELO RUEDA

C.C. o C.E.

C 79322416 De BOGOTA

Institución de Educación

U.NACIONAL DE COL Ciudad BOGOTA

Código 62007/01

Fecha de Expedición 04/02/10

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.


SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN
01-08-2005
SOTELO RUEDA
DARIO
CC 79322416
MEDICO
Secretaría
SALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

79.322.416

NUMERO

SOTELO RUEDA

APELLIDOS

DARIO

NOMBRES

FIRMA





NDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1964

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

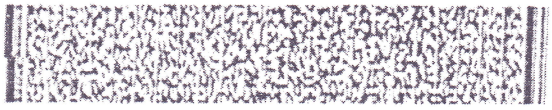
1.68 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-ENE-1983 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500102-42126212 M-0079322416-20050225 0441906065O 02 1540011105

HOSPITAL "SAN JOSE"
LA PALMA, (CUND.)

EL SUSCRITO MEDICO DIRECTOR DEL HOSPITAL

"SAN JOSE" DE LA PALMA,

H A C E C O N S T A R :

Que el Doctor DARIO SOTELO RUEDA, Identificado con la cédula de ciudadanía número 79.322.416 de Bogotá, trabajó en el Servicio Seccional de Salud de-Cundinamarca, con sede en el Organismo de Salud de Yacopí-Ibama Guadualito.

Que trabajó en cumplimiento del Servicio de Medicina Obligatorio, durante-el tiempo comprendido entre el 19 de Abril al 30 de Noviembre de 1.990, ha biendo cumplido con los programas y requisitos que le fueron encomendados-por el Servicio Seccional de Salud de Cundinamarca, con sede en Organismo de Salud de Yacopí- Ibama-Guadualito, dependiente de este Hospital.

Que el cargo y localidad antes mencionados erán válidos para el cumplimien to del Servicio del Rural de Medicina Obligatorio, según número de órden - 113-M y FormulArio número 317 del 2 de Enero de 1.990, del Ministerio de-Salud.

Que en consecuencia el Doctor DARIO SOTELO RUEDA, cumplió con los requisitos del Rural de Medicina Obligatorio, durante el tiempo comprendido entre el 19 de Abril al 30 de Noviembre de 1.990.

Dada en La Palma, a los treinta (30) días del mes de NOviembre de Mil nove vecientos noventa (1.990).

Resol. 087-18-IV_90-form 397-02-I-90-Ley50/81-Decreto 2396/81-Decreto 3289/82

GUILLERMO ARANGO GUARIN.-

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD Jefatura Sección Vigilancia y Control Hospitalario

DEPTO. DE CUNDINAMARCA

Scanned by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número **00030** 02 ENE. 1991

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que **DARIO SOTELO RUEDA** con cédula de ciudadanía número **79'322.416** de **Bogotá** ha solicitado el registro de su **Título** De **MEDICO CIRUJANO**

Que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

El **21 de diciembre de 1989**

Que dicho **Título** se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de **Bogotá**

Al folio **57-S** del Libro **89** de **28 de diciembre de 1989**

Que: **Cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a **DARIO SOTELO RUEDA** para ejercer la profesión de **MEDICO CIRUJANO** en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

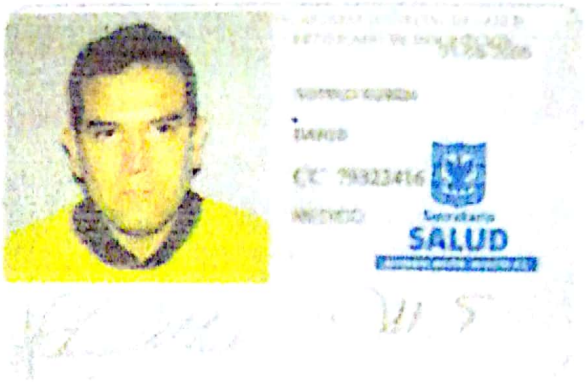
Por el Ministro de Salud, 02 ENE. 1991

WILLIAM RODRIGUEZ URIBE
Director Vigilancia y Control

GUSTAVO RUBIO QUESADA (E)
Jefe Sección Profesiones

rr.

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 5044 DE 2005
( )
27 OCT. 2005

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y Decreto No.1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que DARIO SOTELO RUEDA, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.79.322.416 de Bogotá, D.C.,** ha solicitado Inscripción para ejercer la profesión como **MEDICO CIRUJANO, en el Departamento de Cundinamarca,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE GRADO No.8002, DE FECHA 21 DE DICIEMBRE DE 1989.**

Que igualmente **DARIO SOTELO RUEDA,** solicita Inscripción como **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA,** de acuerdo al Diploma que le otorga **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE GRADO No.128, DE FECHA 16 DE SEPTIEMBRE DE 2005.**

Que **DARIO SOTELO RUEDA,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión como **MEDICO CIRUJANO,** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No.00030, DE FECHA 02 DE ENERO DE 1991, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD.**.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **DARIO SOTELO RUEDA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.79.322.416 de Bogotá, D.C.,** para ejercer la profesión como **MEDICO CIRUJANO – ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA,** en el Departamento de Cundinamarca.

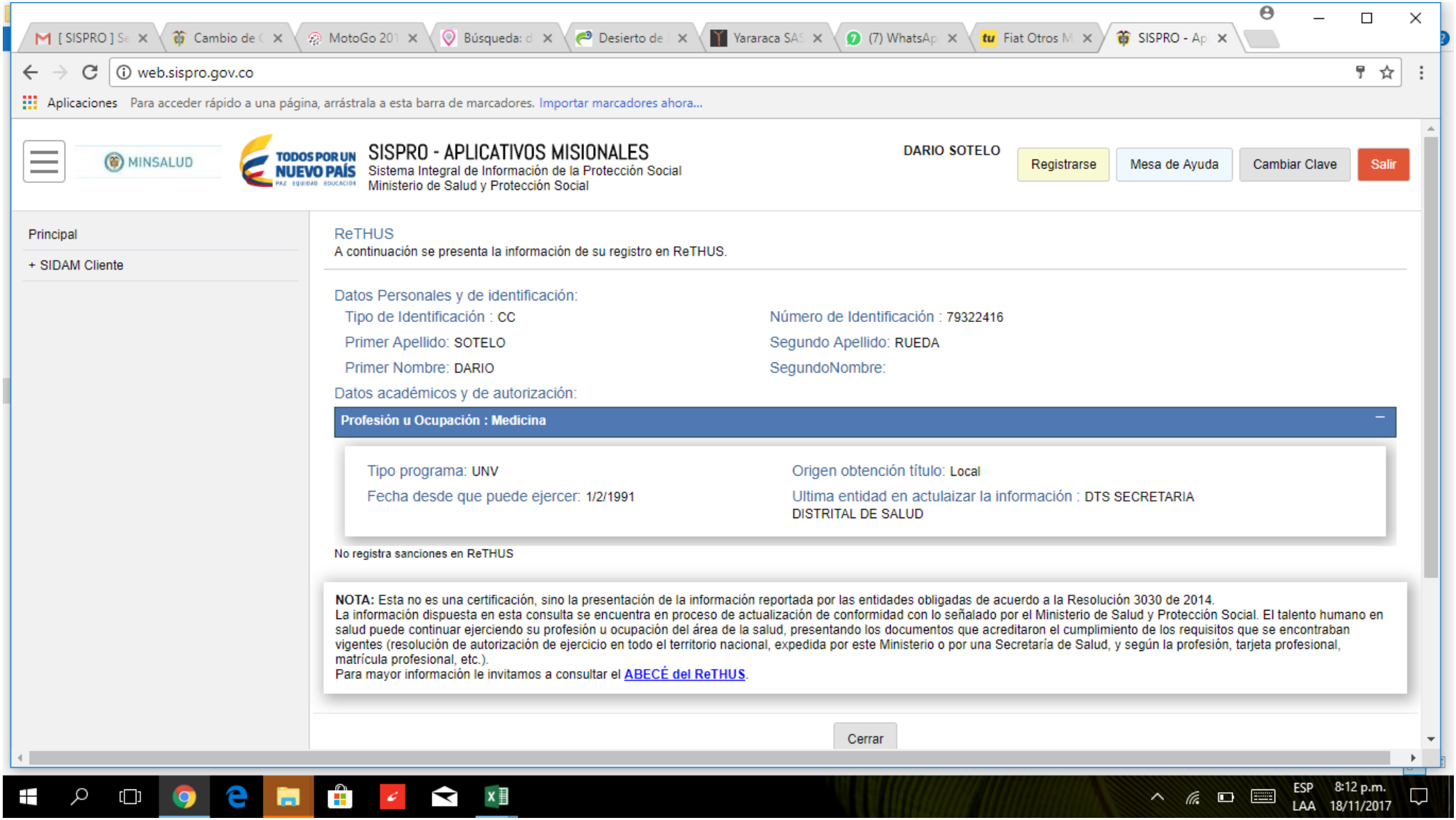
ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D. C. a los 27 OCT. 2005

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

Vo. Bo. Dra. María Isabel Serrano Rangel/ Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Patricia Yepes w./

Scanned by CamScanner


web.sispro.gov.co
MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
DARIO SOTELO
Registrarse
Mesa de Ayuda
Cambiar Clave
Salir
Principal
+ SIDAM Cliente
ReTHUS
A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.
Datos Personales y de identificación:
Tipo de Identificación : CC
Número de Identificación : 79322416
Primer Apellido: SOTELO
Segundo Apellido: RUEDA
Primer Nombre: DARIO
SegundoNombre:
Datos académicos y de autorización:
Profesión u Ocupación : Medicina
Tipo programa: UNV
Origen obtención título: Local
Fecha desde que puede ejercer: 1/2/1991
Ultima entidad en actulaizar la información : DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
No registra sanciones en ReTHUS
NOTA: Esta no es una certificación, sino la presentación de la información reportada por las entidades obligadas de acuerdo a la Resolución 3030 de 2014.
La información dispuesta en esta consulta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.).
Para mayor información le invitamos a consultar el ABECÉ del ReTHUS.
Cerrar
ESP
LAA
8:12 p.m.
18/11/2017

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C-4745

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) **DARIO SOTELO RUEDA,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 79.322.416 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 01-30/1991 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

F. Henao

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 trnelmed@outlook.com

inicio

Acceso del vacunador
ingresar

Volver

1 of 2 ? Find | Next

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 26 de noviembre de 2017 11:00 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	79322416
Nombres y Apellidos	DARIO SOTELO RUEDA		
Fecha de nacimiento:	18/08/1964		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Única	13/04/2017	Bostrix	AC137B177AC	HOSPITAL LA VICTORIA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	15/04/2016	Recombax B	UFX1500 MATERNO	
	Segunda dosis	12/05/2016	Recombax B	UFX 1500 MATERNO IN	
	Tercera dosis	20/11/2016	Recombax B	UFX 1500 HOS SAN RAFAEL	
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				

Porque la vacunación no es un juego de niños.

Derechos reservados © 2011 – Aplicativo PAI 2.0 – Secretaria Distrital de Salud de Bogotá – última Actualización: 17/08/2017 V2.2.3

	Dr. JOSE ALBERTO YANEZ **Médico Cirujano R.M. 19375837** **Especialista Salud Ocupacional** **LSO 5825 01-06-2011**	**25 Nov 2017**
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	Bogota

MOTIVO DE LA EVALUACION

☒	1. INGRESO	☐	4.CALIFICACION ORIGEN	☐	7. POST INCAPACIDAD
☐	2. PERIODO	☐	5.CALIFICACIONPERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.	☐	8. REUBICACION
☐	3 RETIRO	☐	6 EVALUACION OCUPACIONAL	☐	9.OTROS CUAL_____

INDENTIFICACION DE LA EMPRESA

SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO-ORIENTE	.ACTIVIDAD ECONOMICA SERVICIOS DE SALUD

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDOS Y NOMBRES **SOTELO RUEDA DARIO**			**CEDULA** **79.322.416**
GÉNERO F ☐ M ☒	.FECHA DE NACIMEINTO 18-08-1964	EDAD 53	LUGAR DE NACIMIENTO BOGOTA
RESIDENCIA BOGOTA	.ESCOLARIDAD ☐ ANALFABETA ☐ PRIMARIA ☐ SECUANDARIA ☐ TECNICO ☒ UNIVERSITARIO ☐ COMPLETO ☐ INCOMPLETO		
ESTADO CIVIL SOLTERO ☐ CASADO ☐ U. LIBRE ☐ DIVORCIADO ☒ VIUDO ☐			
EPS COMPENSAR	. ARP SEGUROS BOLIVAR		

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN INGRESO LABORAL

HISTORIA LABORAL

ANTIGUIEDAD EN LA EMPRESA (AÑOS) -	NOMBRE DEL CARGO O A DESEMPEÑAR MEDICO ESPECIALISTA GINECOOBSTETRA
DEPENDENCIA	TURNO ☐ DIURNO ☐ NOCTURNO ☒ ROTATIVO

ANTECEDENTES PERSONALES NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES HIPERTENSION ARTERIAL

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO BIOLOGICO PSICOLOGICO ESTRES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ROPA QUIRURGICA ADECUADA

ACCIDENTES DE TRABAJO NO REFIERE ☐ ☐
HABITOS TOXICOS: NO REFIERE

EXAMEN FISICO: ASPECTO GENERAL__NORMAL_____

.DIESTRO ☒	ZURDO ☐			
TA mmhg 120/80	FC 72 Xmin	FR 12 Xmin	.PESO 72 Kg	TALLA 1,68 m

	ORGANO	N	AN	HALLAZGO		ORGANO	N	AN	HALLAZGO
	CABEZA Y CUELLO			NORMAL		ORL			NORMAL
	TORAX			NORMAL					
	ABDOMEN			NORMAL					
	EXTREMIDADES			NORMAL					
	G/U			NORMAL					
	CARDIOVASCULAR			NORMAL					
	OSTEOMUSCULAR			NORMAL					
	NEUROLOGICO			NORMAL					
	PIEL Y FANERAS			NORMAL					

DESCRIPCION AMPLIACION DE HALLAZGOS:

EXAMEN CLINICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

181. EVALUACION DEL ESTADO MENTAL

PROCESOS	NORMAL	DISFUNCION	HALLAZGO
ORIENTACION	NORMAL		
ATENCION CONCENTRACION	NORMAL		
SENSOPERCEPCION	NORMAL		
MEMORIA	NORMAL		
PENSAMIENTO	LOGICO		
LENGUAJE	NORMAL		
CONCEPTO	NORMAL ☒	ANORMAL ☐	

	Dr. JOSE ALBERTO YANEZ Médico Cirujano R.M. 19375837 Especialista Salud Ocupacional LSO 5825 01-06-2011	25 Nov 2017
	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	Bogota

182 AUDIOMETRIA dB	FREC. HERZTS	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	PERDIDA AUDITIVA DER_____ IZQ_____
	OIDO DERECHO								
	OIDO IZQUIERDO								

RESULTADO:

183 EXAMEN VISUAL	CERCA	LEJOS	CON CORRECION
OD	20/20	20/20	
OI	20/20	20/20	
AO	20/20	20/20	
OTROS HLLAZGOS			

NOMBRE DEL PARACLINICO	FECHA	RESULTADO
PARCIAL DE ORINA		
SEROLOGIA		
COPROLOGICO		
HEMOCLASIFICACION		

DIAGNOSTICOS SANO

APTO ☒ NO APTO ☐ APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU TRABAJO ☐

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON LIMITACIONES QUE INTERVIENEN CON SU TRABAJO ☐ REQUIERE NUEVA VALORACION ☐

EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI N☐ 18☐ EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO SI N☐ ☐

OBSERVACIONES NINGUNA

RECOMENDACIONES: MANTENER ESTILO DE VIDA SALUDABLE

FIRMA Y SELLO REGISTRO MEDICO

José Alberto Yánez Vargas
Médico Cirujano R. M. 19375837
Especialista Salud Ocupacional
LSO 5825 01-06-2011

FIRMA DEL TRABAJADOR

☐

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:

DARIO SOTELO RUEDA

C.C.: 79322416

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 Ruíz 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.

Scanned by CamScanner

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

fepasde educación

Certifica que

DARIO SOTELO RUEDA

Realizó y aprobó el curso de:

Soporte Vital Avanzado

Con una intensidad de 48 horas.
En constancia se expide esta certificación en la ciudad de Bogotá.
A los 7 días del mes de Mayo del año 2016.

Vence: Mayo de 2018

Dra. Luz María Gómez B
Subdirectora Científica - S.C.A.R.E.

Dr. Johnnie Smith Husbands
Coordinador Comité de Reanimación - S.C.A.R.E.

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ UD ☐ # NIT: 900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA TRANSPORTE ☐ TE ☐ LOGIA ALI ☐ TOS MEDICAN ☐ TOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 5-43	34444484	Bogotá	Bogotá DC	Colombia
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACION	2006/11/01

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	9000.000	GASTOS FAMILIARES	8000.000	AHORROS	10000000	SALDO HIPOTECA	262854480
HONORARIOS	7000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	15401295
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	80000000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	4000000	PROPIEDADES	315131000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2500000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	16.000.000	TOTAL EGRESOS	14500000	TOTAL ACTIVOS	405131000	TOTAL PASIVOS	278.255.775

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
Caro	Caro	Jorge	Eduardo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Bogotá	Bogotá DC	Trabajo	3168771545

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Cuenta de ahorros	Davivienda	8400717602	20 de Julio	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:

IMPOR ☐ ON EXPORTA ☐ N TRANSFERENCI ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL: ☐

8. DECLARACIÓN 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.):

Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología.

2. 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)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATEGICO – 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:	16/12/2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C.

Distinguido 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 A 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:
Sotelo	Rueda	Darío	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79322416	Bogotá	1983/01/20
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
1964/08/18	Bogotá	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL				PERSONAS A CARGO:	NUMERO DE HIJOS:	TELEFONO CELULAR:
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☒	UNION LIBRE ☐	1	1	3005589209

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
C1 24 A 59 59 T04 AP 502	Bogotá	Bogotá DC	Colombia	3005589209

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA:		
dsotelor@unal.edu.co		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:

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA: RESPONSABLE:	DECLARA RENTA:		IVA:		ICA:		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒ NO ☐		SI ☐ NO ☒		SI ☒ NO ☐	8621	7490
							PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 dias 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. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO – AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACIÓN

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 - 43, 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 provecedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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.

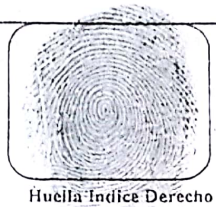
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. 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, compañias 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 Juridica 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud 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)*.

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

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 Cedula:			

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 cedula:		

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113625696323

(415)7707212489984(8020) 000211362569632 3

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 9 3 2 2 4 1 6	1	SOTELO	RUEDA	DARIO		3 2

24. Actividad económica: 7 4 9 0 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio

Patrimonio bruto	29	504,784,000
Deudas	30	278,079,000
Total patrimonio líquido	31	226,705,000

Rentas de trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	241,336,000
Ingresos no constitutivos de renta	33	66,068,000
Renta líquida	34	175,268,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	111,811,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	70,107,000
Renta líquida cedular de trabajo	37	105,161,000

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	40	0
Rentas exentas de pensiones	41	0
Renta líquida cedular de pensiones	42	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	4,373,000
Ingresos no constitutivos de renta	44	4,000
Costos y gastos procedentes	45	437,000
Renta líquida	46	3,932,000
Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	393,000
Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	3,539,000
Pérdida líquida del ejercicio	51	0
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
Renta líquida cedular de capital	53	3,539,000

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
Ingresos no constitutivos de renta	56	0
Costos y gastos procedentes	57	0
Renta líquida	58	0
Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	0
Pérdida líquida del ejercicio	63	0
Compensaciones	64	0
Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
Renta líquida cedular no laboral	66	0

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	75	108,700,000
Renta presuntiva	76	0

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
Costos por ganancias ocasionales	78	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	80	0

Liquidación privada

Impuesto sobre rentas líquidas cedulares

De trabajo y de pensiones	81	17,976,000
De capital y no laborales	82	0
Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	17,976,000
Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
Total impuesto sobre la renta liquída	88	17,976,000

Descuentos

Impuestos pagados en el exterior	89	0
Donaciones	90	0
Otros	91	0
Total descuentos tributarios	92	0
Impuesto neto de renta	93	17,976,000
Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
Total impuesto a cargo	96	17,976,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	449,000
Retenciones año gravable a declarar	99	10,810,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	168,000
Saldo a pagar por impuesto	101	6,885,000
Sanciones	102	0
Total saldo a pagar	103	6,885,000
Total saldo a favor	104	0

105. No. Identificación signatario — 106. DV — 107. No. Identificación — 108. Parentesco

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

980. Pago total $: 0

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

2 0 1 8 4

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional

2018019678707 4

Firmado

2018-09-29 / 02:06:44 PM

Fecha Acuse de Recibo

91000578566017

DIAN

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DARIO SOTELO RUEDA identificado(a) con cedula ciudadania 79.322.416 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT 900959051, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170101	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
NICOLAS SOTELO MORALES	HI	1001296437	TI	20030311	0	Activo	756

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
CONTRATACION

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10561107

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DARIO SOTELO RUEDA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79322416,** se encuentra afiliado (a) desde **14/01/1992** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	3	PORVENIR S.A.	01/07/1996	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/11/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79322416 (Numero de Documento)	Seguros Bolivar (ARL)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Dario		Sotelo	Rueda

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
18. Agosto. 1964	Bogotá	calle 24a # 39-59	6451331.

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Compensar.	Colpensiones	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Especialista en ginecoobstetricia	

Correo Electrónico	Celular
dsotelor@unal.edu.co	3005589209

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119278473

WEB
10:19:23

Bogotá DC, 17 de diciembre del 2018

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) DARIO SOTELO RUEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79322416:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de diciembre de 2018, a las 10:23:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79322416
Código de Verificación	793224161812171023334

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2616967

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 10:22 am

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) **DARIO SOTELO RUEDA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS** de BOGOTA D.C.

79322416

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_1IZZY_2210
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

(sin asunto) - dsotelor@unal.edu | https://mail-attachment.googleu

https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=a0589d73f0&attid=0.1&permmsgid=msg-f:1620113558035264869&th=167bccb2827c7565&view=

Aplicaciones Para acceder rápido a una página, arrástrala a esta barra de marcadores. Importar marcadores ahora...

Logo

- Inicio
- Institución
- Contáctenos
- Preguntas Frecuentes

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:24:07 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79322416**
Apellidos y Nombres: **SOTELO RUEDA DARIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

logo
logo
logo
Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2014/09/02

Por medio de la presente hacemos constar que el señor DARIO SOTELO
con Cédula de Ciudadanía número 79322416
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400717602
Fecha Apertura	2014/09/02

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner