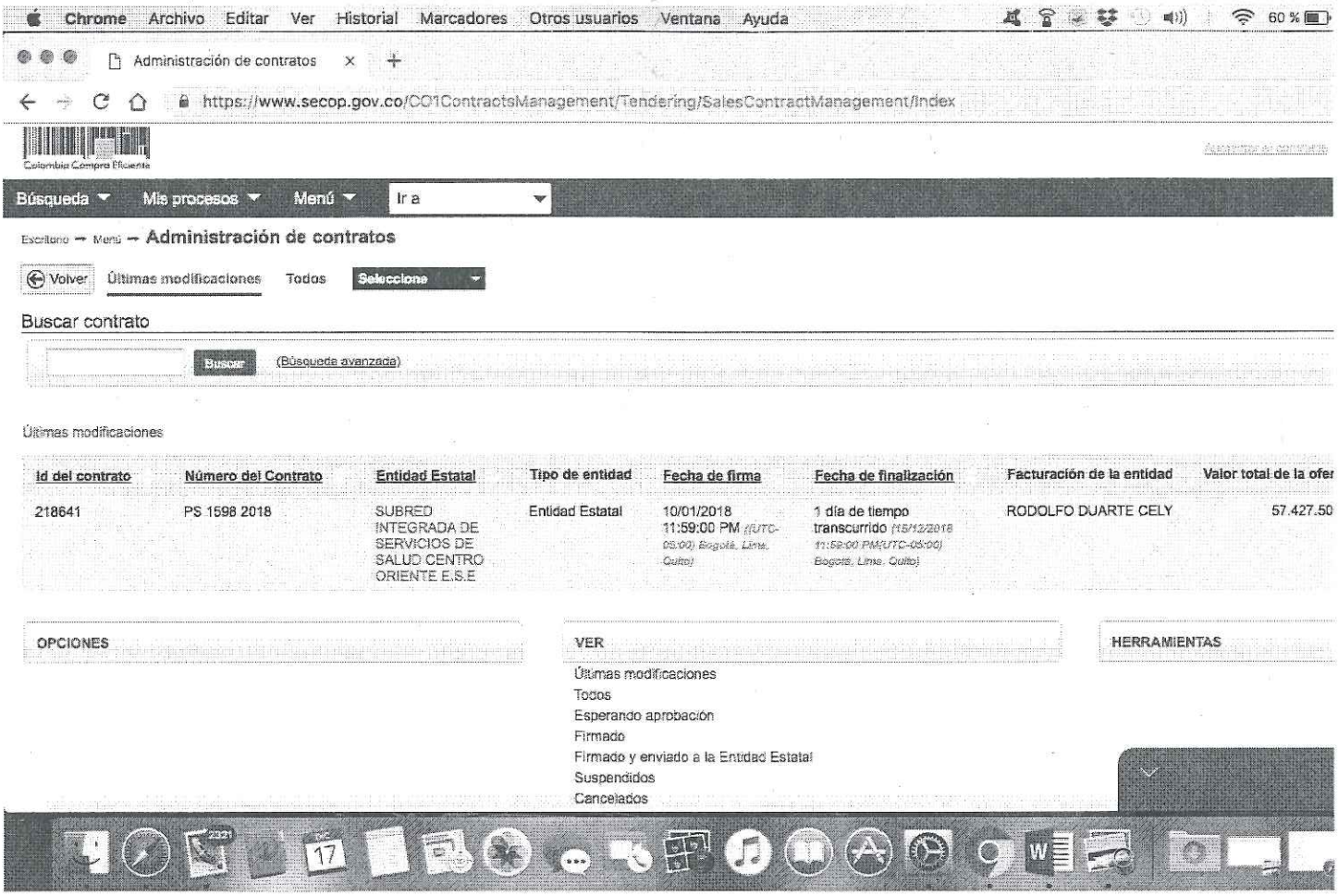
seco ii

rodolfo duarte cely <mdrodo1981@hotmail.com>

Lun 17/12/2018, 10:03 PM

Para: Lizbeth Pardo <lizbethpardo@hotmail.com>



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: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
DUARTE	CELY	RODOLFO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80158750

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 81112706720 D.M 33

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES NOV AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

CIUDAD Socorro

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 69 # 47-50 torre 1 apto 1101

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9099128

EMAIL mdrodo1981@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1998
										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*
UN	12	X		MEDICO(A) CIRUJANO(A)	7	2006	848106
UN	12	X		SIN REGISTRAR	7	2005	8481/06

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			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 INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsuroccidente@gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3380030	DIA 18 MES 8 AÑO 2012	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA	CALLE 9 # 39 - 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL EL TUNAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsur@gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
74258585	DIA 22 MES 8 AÑO 2009	DIA 31 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO URGENCIAS Y ATENCION	URGENCIAS	CRA 20 No. 45B 35 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	8	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ 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 5 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: 17-dic-2018

306059 17/12/18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, RODOLFO DUARTE CELY

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80158750 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 69 # 47-50 torre 1 apto 1101 **Teléfonos** 3002040897 9099128

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Thomas Duarte Montero	1011215363	HIJO(A)
Camila Duarte Pardo	1022393726	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	$ 110.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 9.800.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 7.000.000,00
TOTAL	$ 126.800.000,00

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	500085741	Bogota	$ 700.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Camioneta	$ 60.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Coexpocredit	Credito libre inversion	$ 4.000.000,00

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

Última Actualización: 17-dic-2018

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
Lizbeth Pardo Chacon	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52745143

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. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Rodolfo Duarte Cely

C.C. No. 80.158.750 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá , Julio 8 DEL 2005

DECANATURA DE LA FACULTAD

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

Elizabeth López Rico
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 57 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina
0086472

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Nacional Universit

Socorro - Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según Reso

No. 6095 del 15 de noviembre de 1985,

Confiere a

Rodolfo Duarte Cely

Identificado(a) con T.I. No. 811127-06720 Expedida en Socorro

El Título de

Bachiller Académico

Con énfasis en Ciencias

Por haber aprobado y cumplido los logros de formación integral contemplados en el Plan de Educación Básica Académica, de acuerdo Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector. Secretaria.

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Nacional Universit

Socorro - Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según Reso

No. 6095 del 15 de noviembre de 1985,

Confiere a

Rodolfo Duarte Cely

Identificado(a) con T.I. No. 811127-06720 Expedida en Socorro

El Título de

Bachiller Académico

Con énfasis en Ciencias

Por haber aprobado y cumplido los logros de formación integral contemplados en el Plan de Educación Básica Académica, de acuerdo Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector. Secretaria.

REPUBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO UNIVERSITARIO

Res Aprob Nos: 12501 Y 13488 de Oct 28 y Nov. 18 de 2002

178 AÑOS PREESCOLAR, BÁSICA - MEDIA Y CICLOS LECTIVOS ESPECIALES INTEGRADOS.

Bachillerato Académico - Jornadas Diurna y Nocturna

NIT. 804.014.586-1 Codigo DANE: 168755000360. IINS. S .E. 140

JORNADA DIURNA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad del Socorro a los 12 dias del mes de DICIEMBRE del año 1998 se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector, Comité de Promoción y Evaluación, Secretaria Académica en la Rectoria del Colegio Universitario, Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el Nivel de Educación Media Académica Y autorizado por la SECRETARIA DEPARTAMENTAL para otorgar el TITULO DE BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA segùn Resolución No. 6095 de Noviembre 15 de 1995.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica. , se procedió a otorgar el TITULO DE: .

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad relaciona a continuación

RODOLFO DUARTE CELY

CC. 80.158.750 BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del libro original de ACTAS GENERALES DE GRADUACION No. 01, folios Nos 110-111-112 Y 113, Acta de Grado No. 065 DE DICIEMBRE 12 DE 1998 que consta de -72- (SETENTA Y DOS) ALUMNOS. – Comienza con el nombre de SANDRA LIZETH AFANADOR MARIN y termina con el de TATIANA MARISOL VELASQUEZ PARRA.

Firmada y sellada por: ANTONIO DAVID SILVA CALA Rector

ROSA BEATRIZ DUQUE GOMEZ. Secretaria Académica

DECRETO 1860 DE 1994

Es fiel copia tomada de su original.

Dada en el Socorro a 12 dias del mes de MAYO de 2005.

ANTONIO DAVID SILVA CALA
C.C. 91.169.394 Socorro

ROSA BEATRIZ DUQUE GOMEZ
C.C. 28.422.795 Socorro
SECRETARIA ACADEMICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 8067

El Consejo de Facultad en su sesión del día 23 *de* Junio *de* 2005 *Acta No.* 21

CONSIDERANDO QUE

Rodolfo Duarte Cely

C.C. N°. 80.158.750 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 86472 *registrado en el Folio No.* 57 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 8 *días del mes de* Julio *de* 2005

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

María Teresa Perdomo Acelli

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

rodolfo duarte cely

Con número de identificación: 80158750

ha completado el curso

Congreso de Nacional de Medicina de Emergencias

NH Teleport Roya - calle 113 #7-65
23 de septiembre
Bogotá - Colombia

Dr. ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ	*SALVADOR EDUARDO MENÉNDEZ RAMÍREZ*	*FRANCISCO HOLGÍN RUEDAS*	*DIEGO ALEJANDRO VIVAS GIRALDO*
Director Educación y Gestión del Conocimiento *Fundación Santa Fe de Bogotá*	*Coordinador Programa Medicina de Emergencias* *Universidad del Rosario* *Fundación Santa Fe de Bogotá*	*Director ISIMET* *Fundación Santa Fe de Bogotá*	*Residente de 4° Año - Medicina de Emergencias* *Universidad del Rosario* *Fundación Santa Fe de Bogotá*

Pfizer

Pfizer
Investigator Team
Training Program

Certificate of Training Completion

This is to certify that

RODOLFO DUARTE CELY

Has successfully completed the

INVESTIGATOR TRAINING PROGRAM WORKSHOP

Eight (08) hours of instruction on September 2th, 2016 in Medellin, Colombia

The workshop is based on principles of ICH-GCP and includes the following topics:

- The drug development process
- Planning and preparation
- Recruitment and enrollment
- In-trial procedures
- Safety in clinical trials
- Monitoring, audits, inspections, and publication

Course leaders:

Lina Wang
Investigator Site Development Lead

Christian Chaves
Director Compliance & Oversight

Catalina Hoyos
Medical Director

Pfizer
Investigator Team
Training Program

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors

TransCelerate
BIOPHARMA INC.

Fundamental Critical Care Support
Certificate of Successful Completion

awarded to

Rodolfo Duarte Cely, MD

in Recognition of successful completion of the Fundamental Critical Care Support Provider Course

presented by

Society of Critical Care Medicine

May 22, 2016

FCCS
Fundamental
Critical Care Support

Muhammad Jaffar, MD, FCCM
Chair, FCCS Steering Committee

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE INCORPORATED MAR 23 1979 CALIFORNIA

Certificate #: 69063-3096E4

THIS DOCUMENT HAS VARIOUS SECURITY FEATURES INCLUDING COLORED BACKGROUND, MICROPRINTING & WATERMARK

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Rodolfo Duarte Cely

C.C. 80.158.750

Asistió en calidad de participante al

CURSO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, el 20 de mayo de 2016,
con una intensidad de 6 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

ISO 9001 icontec SC - CER366083

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS

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

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

RODOLFO DUARTE CELY

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

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

Dado el 21 de noviembre de 2016

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en http://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=8cd04900-b05e-11e6-bc90-57b2a36ec905

Fundamental Critical Care Support
Certificate of Successful Completion

awarded to

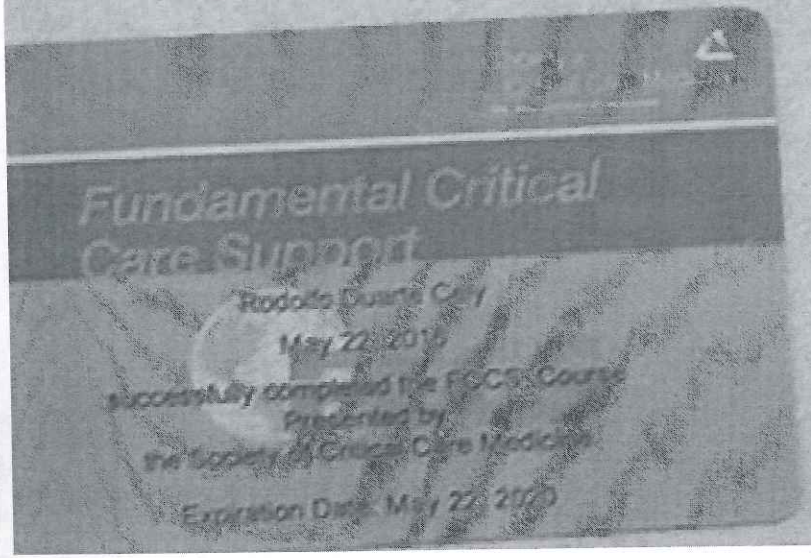
Rodolfo Duarte Cely, MD

in Recognition of successful completion of the Fundamental Critical Care Support Provider Course

presented by

Society of Critical Care Medicine

May 22, 2016



Muhammad Jaffar, MD, FCCM
Chair, FCCS Steering Committee

Certificate #: 69063-3096E4

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE INCORPORATED MAR 23 1979 CALIFORNIA

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

RODOLFO DUARTE CELY

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

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

Dado el 21 de noviembre de 2016

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en http://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=8cd04900-b05e-11e6-bc90-57b2a36ec905

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

rodolfo duarte cely

Con número de identificación: 80158750

ha completado el curso

Congreso de Nacional de Medicina de Emergencias

NH Teleport Roya - calle 113 #7-65
23 de septiembre
Bogotá - Colombia

Dr. ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

SALVADOR EDUARDO MENÉNDEZ RAMÍREZ
Coordinador Programa Medicina de Emergencias
Universidad del Rosario
Fundación Santa Fe de Bogotá

FRANCISCO HOLGÍN RUEDAS
Director ISIMET
Fundación Santa Fe de Bogotá

DIEGO ALEJANDRO VIVAS GIRALDO
Residente de 4° Año - Medicina de Emergencias
Universidad del Rosario
Fundación Santa Fe de Bogotá

3ra. Jornada actualización médica integral

JAMI 2017

ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A. Y FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA

CERTIFICAN QUE

RODOLFO DUARTE CELI

Asistió a la Tercera jornada de Actualización Médica Integral JAMI 2017,
que se realizó del 9 al 10 de Marzo de 2017 en la ciudad de Cartagena, Colombia.

JAIME FERNANDO GUZMÁN MORA, M. D.
Presidente
FEDERACION MÉDICA COLOMBIANA

JUAN CARLOS TOVAR PINZÓN, M.D.
Director Medico
ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A.

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Abbott

ACIN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA - ACIN



Certifica que:

RODOLFO DUARTE CELY

Asistió en calidad de: ***PARTICIPANTE***

Al curso precongreso:TB - Taller basado en el día a día

En el marco del:

XIII CONGRESO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Avanzando al ritmo de los nuevos retos

Realizado en Barranquilla del 9 al 12 de agosto de 2017

Centro de Convenciones Blue Gardens , Barranquilla Colombia

Intensidad horaria: 4 horas

IVÁN J. ZULUAGA DE LEÓN
Presidente XIII Congreso

PÍO LÓPEZ
Presidente ACIN

Pfizer
Investigator Team
Training Program

Certificate of Training Completion

This is to certify that

RODOLFO DUARTE CELY

Has successfully completed the

INVESTIGATOR TRAINING PROGRAM WORKSHOP

Eight (08) hours of instruction on September 2th in Medellin, Colombia

The workshop is based on principles of ICH-GCP and includes the following topics:

- The drug development process
- Planning and preparation
- Recruitment and enrollment
- In-trial procedures
- Safety in clinical trials
- Monitoring, audits, inspections, and publication

Course leaders:

Lina Wang
Investigator Site Development Lead

Christian Chaves
Director Compliance & Oversight

Catalina Hoyos
Medical Director

Pfizer
Investigator Team
Training Program

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors

TransCelerate
BIOPHARMA INC.
ACCELERATING THE DEVELOPMENT OF NEW MEDICINES

Universidad de La Sabana

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E

CENI

Certifica que

RODOLFO DUARTE CELY

Identificado con cédula de ciudadanía No: 80158750

Asistió al segundo curso de Ataque Cerebro Vascular en Urgencias – ACV, con una intensidad de 8 horas.

Realizado en la ciudad de Bogotá,
el día 9 de agosto de 2014

CAMILO ALBERTO OSORIO BARKER
Decano Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

FIDEL SOBRINO MEJÍA
Jefe del Servicio de Neurología
Hospital Occidente de Kennedy

JAVIER VICINI PARRA
Coordinador Centro Neurovascular Integral
Hospital Occidente de Kennedy

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Rodolfo Duarte Cely 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:

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma RDuarte

No. de documento: 80158750

Tarjeta profesional No: 8481/06

Dirección de contacto: CRA 69 #47-50 T 1 APTO 1101

Teléfono: 3002340893 - 9099128

LA SUSCRITA DIRECTORA OPERATIVA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor (a) RODOLFO DUARTE CELY identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 80.158.750, presta sus servicios en esta institución desde el 18 de agosto de 2012, desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL Código 211-31 Grado 31, mediante la figura administrativa de PROVISIONAL, con una asignación básica mensual de $4.790.354,00 y demás factores mensuales salariales así:

GASTO DE REPRESENTACION... $0,00
PRIMA DE ANTIGUEDAD $143.711,00
PRIMA TÉCNICA $1.916.141,00

Se expide en Bogotá D.C., a solicitud del (la) interesado(a) a los 17 días del mes de diciembre de 2018.

MARIA RUBIELA MONSALVE OSPINA

Calle 9 # 39-46
Código Postal 110851
Teléfono: 756 0505
Información línea 195

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

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **RODOLFO DUARTE CELY**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **80158750,** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
716	22/08/2009	28/02/2010	MEDICO GENERAL –AMBULANCIA DE EMERGENCIA RAPIDA-URGENCIAS	$37'296.000	TUNAL
662	01/03/2010	30/09/2010	MEDICO GENERAL APH	$30'996.000	TUNAL
1760	01/10/2010	31/01/2011	MEDICO GENERAL I	$21'924.000	TUNAL
442	01/02/2011	31/01/2012	MEDICO GENERAL I	$63'853.000	TUNAL
743	01/02/2012	31/12/2012	MEDICO GENERAL I	$52'440.000	TUNAL
803	01/01/2013	31/12/2013	MEDICO GENERAL I	$27'747.200	TUNAL

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

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1504.** Código de Verificación WJDH4IHZ.

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

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Cecilia Pérez Bautista.	Asistente Administrativo	TUNAL	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80158750

DUARTE CELY

APELLIDOS

RODOLFO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1981

SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-FEB-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500108-45082981-M-0080158750-20000808 15251 00215A 01 089748735

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14231768075

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 1 5 8 6 7 5 0 - 5

6. DV:

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. Buzón electrónico: 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	8 0 1 5 8 6 7 5 0	2 0 0 0 0 2 1 7

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
DUARTE	CELY	RODOLFO	

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: CL 12 A 71 C 20 TO 3 AP 102 BRR ALSACIA

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
		4 1 2 3 1 2 6	3 0 1 4 1 8 8 3 7 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	2 0 0 8 0 2 1 5							

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2 0																	

70. Obligación NIT

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: 1 0

61. Fecha: 2 0 1 3 0 2 2 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en [illegible] incurra para su diligenciamiento, a excepción de la parte anterior, constituye falsedad en los [illegible] incurra para su diligenciamiento.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de agosto de 2004

Firma del declarante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

064. Nombre: CAMARGO PINZON JAIRO DARIO

065. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 30-07-2013 07:46:33.1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 09-11-2016
Hora: 2:54:57 PM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 80158750-6 RODOLFO DUARTE CELY

Información General

Dirección CL 12 A 71 C 20 TO 3 AP 102

Teléfonos 4123126/3014188379

Dirección electrónica mdrodo@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 27/08/2009

Soporte Inscripción 13046272

Fecha Inicio Actividades 27/08/2009

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001336323

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor RODOLFO DUARTE CELY identificado con Tarjeta de Identidad No. 81112706720, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	RODOLFO
Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	DUARTE
Segundo Apellido:	CELY
Tipo Documento:	Tarjeta de Identidad
Número Documento:	81112706720
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 14 días del mes de Septiembre de 2018, a las 3:07:34 PM.

Cordialmente,

TC. NESTOR LEONARDO DÍAZ LEÓN
Jefe Oficina Orientación y Atención al Ciudadano JEREC
Generó: Sistema Fénix

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



RODOLFO

DUARTE CELY

C.C. o C.E. 80158750

Secretaria

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

MEDICO(A)

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 13/12/2006



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

Libertad y Orden

Registro No. 11 8481/2006

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

RODOLFO DUARTE CELY

C.C. o C.E. C 80158750 De BOGOTA Ciudad

Institución de Educación U.NACIONAL DE COL BOGOTA

Código 60727/01 Fecha de Expedición 01/10/09

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA, D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 8481 de 21/09/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) DUARTE CELY RODOLFO Identificado(a) con CC número 80158750 expedida en SANTAFE DE BTA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO, según título que le otorgó la LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 08/07/2005, acta de grado Nro.8067, Diploma Nro. 86472 y registrado en el libro 2 Folio 57 año 2005

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 25/08/2005 y 24/08/2006

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a DUARTE CELY RODOLFO identificado(a) con CC número 80158750 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de MEDICO en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 21/09/2006

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

Elaboro : víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

ReTHUS

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

80158750

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 80158750, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

C-2901

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) **RODOLFO DUARTE CELY,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 80158750 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 11-8481/2006 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno..

Dada en Bogotá, D. C., a los veinticinco (25) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD., MSC.
Presidente

FECHA: 13 DE AGOSTO DE 2013 EMPRESA : HOSPITAL DE KENNEDY
NOMBRE: RODOLFO DUARTE CELY EDAD: 31
CEDULA: 80158750 SEXO: MASCULINO

HEPATITIS B, Anti - HBs

RESULTADO	**: 1889,0**			**mUI/mL**		
VALORES DE REFERENCIA	***Títulos Anticuerpos HBs***				***Tiempo de Protección***	
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo	
	10	a	100	mUI/mL	6	meses
	100	a	1000	mUI/mL	2	años
	1000	a	10000	mUI/mL	3 – 5	años
	Mayor	de	10000	mUI/mL	6	años
					Después de 6 años aplicar refuerzo	
METODO	: Qumioluminiscencia					

RESULTADO NORMAL
TOMA TITULACIÓN 2019

LABINTOX S.A.S.
Licencia S.O.16226
Mª Idalith Castañeda TP 41.785.631

Salud Humana
Germán Maldonado MD.

Oficina Principal:
NIT : 900195836-1
Tv. 74 F 40 B 69 sur Piso2 , Bogotá D.C.
Cel: 3167561793
E mail: gmsaludhumana@gmail.com
Ciudad: Bta
Fecha: 24 07 2017

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 13352

Empresa: DUARTE CELY RODOLFO
Tipo de examen: INGRESO
Énfasis: OSTEOMUSCULAR

Este documento es válido solo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha, copia de este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclínicos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: DUARTE CELY RODOLFO

Cargo: MÉDICO | Doc CC No. 80158750 | Edad (años): 35

CONCEPTO

- [x] Apto sin restricciones para el cargo
- [ ] Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- [ ] Aplazado
- [ ] Satisfactorio
- [ ] No satisfactorio
- [ ] Presenta patología modificable con el estilo de Vida
- [ ] Hay restricciones a su labor
- [ ] Examen de egreso satisfactorio
- [ ] Examen de egreso no satisfactorio
- [ ] Otro

Motivo del aplazamiento: NO

Restricciones: NO

Descripción adicional del concepto: NO

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- [ ] Audiometría
- [ ] Visiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Prueba psicométrica
- [ ] Electrocardiograma
- [ ] Lab. Clínico
- [ ] RX
- [ ] Prueba de esfuerzo

Otros exámenes: NO

Descripción de resultados: (1) obesidad (2) miopía.

RECOMENDACIONES:

- [ ] Control periódico por EPS
- [ ] Remisión a EPS
- [ ] Continuar manejo médico
- [ ] Seguimiento caso ARL
- [x] Control periódico ocupacional
- [x] Higiene postural
- [x] Utilización de EPP
- [x] Pausas activas periódicas
- [x] Dieta
- [ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica: cardiovascular / visual

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Conforme quedó registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a GM SALUD HUMANA E.U. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

MÉDICO

GERMAN MALDONADO M.
Médico Cirujano
R.M. 19438233
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 6234 del 29/05/13

Firma y sello

VERIFIQUÉ LA HUELLA DIGITAL DEL TRABAJADOR.

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma:

Huella Índice Der

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL EN GÉNERO Y FAMILIA "GENFAMI"

CERTIFICAN QUE:

RODOLFO DUARTE CELY

C.C. 80.158.750

Completó el *"CURSO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES"* con una duración *de 40 horas semipresenciales.*

Esta certificación se expide a los veinte (20) días del mes de mayo de 2016.

LIBIA ESPERANZA FORERO GARCÍA
Directora de Salud Colectiva
Subsecretaria de Salud Pública

ERIKA G. VELOZA MARTÍNEZ
Directora
GENFAMI

GENFAMI
Fundación para el desarrollo integral en género y familia

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Universidad del Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

Certificado a

RODOLFO DUARTE CELY

C.C. No. 80158750

Por su asistencia y participación en el ***CURSO SEMIPRESENCIAL SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO PARA PROVEEDORES EXPERIMENTADOS (ACLS EP)***, realizado el 4 de junio de dos mil diecisiete (2017), con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los cuatro (4) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017).

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

CAROL VANEGAS SALINAS
Gerente
Educación Continua

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional
Código: 2447-58

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

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

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

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

FECHA:	17-12-18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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:	OTRO
☐	☐	☒	☐	☐		

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Duarte	Cely	Deiffe	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80158750	Bogota / Cundinamarca	17/02/2000
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29-11-1981	Socorro / Santander	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	2	2	3002094980

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 69#47-50 Ta 1 apto 1101	Bogota	Cundinamarca	Colombia.	9099178

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
mdiodo19819@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
Pardo	Chacon	Uzbeth	Adriana

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52749145	Bogota / Cundinamarca	2002-05-31
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

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 ☐	8610
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						NIT	800215303-7
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☒	LUD ☐			

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ MENTOS ME ☐ AMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34# 5-43	3444484	Bogota/Cundinamca	Colombia	Colombia
CARGO ACTUAL	Medica Ambulancia	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)		01-09-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.300.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	5.400.000	ARRIENDOS	1.000.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	1.200.000	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1.500.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	05400000	TOTAL EGRESOS	05000000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pardo	Bances	Aida.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 69 #47-30	Bogota - Cundinamca	Amigo	3016662615

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	500085941	Kennedy	3000123838

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:

IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Medico Ambulancia

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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.

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 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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 , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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.

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

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.

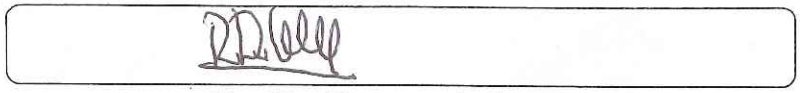
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1.Fecha		2. Ciudad		1. Fecha:	2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:				5. Observaciones:		
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y cédula:		
7. Firma y Cédula						

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado RODOLFO DUARTE CELY identificado con CC-80158750 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Diciembre 17 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

80158750

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Cre. Oct/2015 EPS-FT-1143

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) RODOLFO DUARTE CELY identificado(a) con C.C No. 80.158.750, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

80158750	Sura
Numero de Documento	ARL

Rodolfo		Duarte	Cely
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

27-11-1981	Socorro	Cra 64#47-50	90991128
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Coomeva	Colfondos	$ 3.400.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico Ambulancia	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

mdrodo1981@hotmail.com	3002040897
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Luz Giselle Suarez Luzgiu
Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52'023.897 Bta'

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119347643

WEB
18:29:34

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) RODOLFO DUARTE CELY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80158750:

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 17:26:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80158750
Código de Verificación	80158750181217172625

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2619177

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 18:28 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) **RODOFO DUARTE CELY**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA** de BOGOTA D.C

80158750

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_PB78S_2818
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:27:05 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80158750**

Apellidos y Nombres: **DUARTE CELY RODOLFO**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2013/09/05
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor RODOLFO DUARTE CELY
con Cédula de Ciudadanía número 80158750
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	000500085741
Fecha Apertura	2012/08/17

Cordialmente,

Autorizada
DAVIVIENDA