



Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso Menú ▾

ADMINISTRACIÓN



UTC -5 +14:05:27

Buscar...



id de página: 14000330 Ayuda ?

1. Registrar usuario ✓

2. Confirmar Registro ✓

3. Crear o solicitar acceso a una Entidad

Su registro ha sido completado con éxito
Puede explorar la plataforma mientras que su acceso está pendiente



FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES
COLOMBIA NIT: 45450638

✓ Esperando aprobación

Solicitar otro acceso

Finalizar



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: 18-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CERVANTES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DEULOFEU	NOMBRES FAMMA DEL SOCORRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 45450688	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES JUN AÑO 1963 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARERA 65 N 100 - 15 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7547763 EMAIL famde6@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1981

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	4	X	ANESTESIOLOGIA	6 2000	011354-1994
UN	12	X	MEDICO CIRUJANO	8 1992	011354-1994



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: 18-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 HOSPITAL DEL CARMEN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2040344	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 6 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO MEDICO ANESTECIOLOGO	DEPENDENCIA CIRUJIA	DIRECCIÓN BARRRIO TUNJUELITO	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SERVI OF TALMO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223822	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 4 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 8 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO ANESTECIOLOGA	DEPENDENCIA CIRUJIA	DIRECCIÓN CALLE 85 CON 15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE KENNEDY	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4480030	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 3 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ANESTECIOLOGA	DEPENDENCIA CIRUJIA	DIRECCIÓN AVENIDA PRIMERA DE MAYO	



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 ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
33322888	DÍA 1 MES 10 AÑO 2008		DÍA 1 MES 3 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ANESTESIOLOGO	CIRUJIA	SOACHA - CUNDINAMARCA	

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	6	7
PRIVADO	1	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	11

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

BOGOTÁ, 18 DICIEMBRE / 18
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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.



Última Actualización: 18-dic-2018

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.**SIDEAP**
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FAMMA DEL SOCORRO CERVANTES DEULOFEU

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 45450688 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARERA 65 N 100 - 15

Teléfonos 3133915288 7547763

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALEJANDRA PALACIOS DEULOFEU	1010000114	HIJO(A)
SOFIA PALACIOS DEULOFEU	1116778289	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	\$ 12.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 10.000.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 22.000.000,00

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	45450688	FLORESTA	\$ 2.000.000,00
BBVA	AHORROS	0013007400020009532	CENTRO	\$ 3.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	45450688	\$ 35.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 11-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:

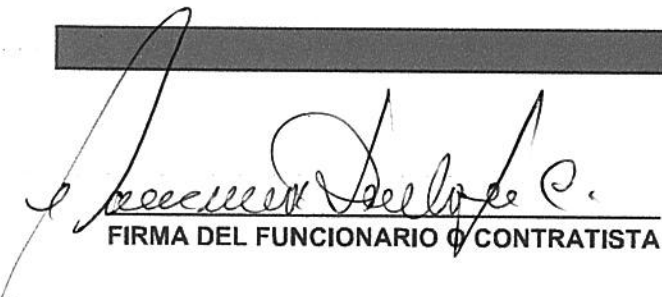
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad

Se acuerda: Dar una del Deseo de la Facultad de Medicina, graduados de la Universidad de Buenos Aires, para el ejercicio de la profesión en la República Argentina.

Se tiene: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad se expedirán el presente título de Médico Especialista en Anestesiología.

Buenos Aires, 30 de agosto de 2007

ALDO R. NICOLINI
SECRETARIO GENERAL

ALFREDO R. KORN LINCAGUA
SECRETARIO GENERAL

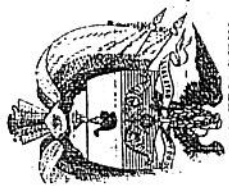
FIRMA DEL INTERESADO

REGISTRADO EN EL LIBRO GENERAL DE GRADOS N° 24 FOLIO 236 CON EL N° 3514

SUSANA L. MIRANDE
VICERECTORA

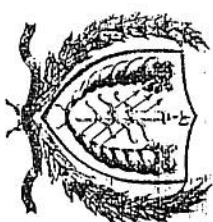
ALICIA R. W. DE CAMILLONI
Secretaría de Asuntos Argentinos

HIGELA M. F. DE FURFARO
DIRECTORA GENERAL DE TÍTULOS Y GRADOS



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

y en su nombre



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TITULO DE
Médico y Cirujano

A

FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena, a 28 de agosto de 1992

CC. No. 43.450.088 Expedida en Cartagena (Bolívar)

MINISTERIO DE SALUD
Reconoce este título por todos
los efectos legales
Bogotá 20-III-94
Resolución No. 001354
Fuec/Quiró y R. L.
MINISTRO



J. O. Duque
EL DECANO DE LA FACULTAD

Alfonso Duque
EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

Alfonso Duque
EL SECRETARIO DE EDUCACION Y CULTURA

U. L.
EL SECRETARIO DE LA FACULTAD

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

Registrado al Folio No. 109 del Libro de Diplomas No. 14

Registrado al Folio No. 295 del Libro de Diplomas No. 235
Cartagena 26 de octubre 1993

REGISTRO NACIONAL DE DIPLOMAS
CARTAGENA
07832

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena-Colombia

ACTA DE GRADO No. 001

En la ciudad de Cartagena, a los VEINTE Y OCHO (28) días del mes de AGOSTO de mil novecientos NOVENTA Y DOS (1992), se realizó la graduación COLECTIVA en ceremonia SOLEMNE a solicitud del Decano de la Facultad MEDICINA a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución No. 0999 de fecha 26 de AGOSTO de 19 por medio de la cual, otorga, de acuerdo a la Ley y los Estatutos de la Universidad, el título de MEDICO Y CIRUJANO al estudiante FAMMA DEL SOCORRO DEJLOFEU CERVANTES portador de la cédula de ciudadanía No. 45'450.688 expedida en CARTAGENA (BOLIVAR) a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes.

Este título es equivalente al de DOCTOR que se expedía antes de la promulgación de la Ley 80 de 1980.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.


JAIME TRUCCO LEMATTRE
Rector


PEDRO MACÍA HERNÁNDEZ
El Secretario General


SEBASTIÁN MERLANO MEZA
Decano

08367



República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FISCALIZACION SANITARIA
DIRECCION NACIONAL DE FISCALIZACION SANITARIA

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL por intermedio de la DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION
DE RECURSOS DE SALUD autoriza al **MEDICO** **DEULOFEU CERVANTES, FAMMA DEL SOCORRO**

Matricula Profesional No.: **94390**

a anunciarse como **ESPECIALISTA** en **ANESTESIOLOGIA**

en razon de haber acreditado los recaudos legales correspondientes, de acuerdo al art. 21 Inc. E de la Ley 17132 y
mod. Ley 23873

Expediente No.: **120020000015870992**

Buenos Aires, **17/08/2000**

Nro. de Orden **14258 / 2000**

Dr. JORGE MIGUEL ANTONIAR
DIRECTOR
DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION DE
RECURSOS DE SALUD

Firma y sello aclaratorio

Este certificado de Especialista debe ser revalidado a
los 5 (cinco) años de su emisión.

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN
GEARD LATIN AMERICAN GROUP

HACE CONSTAR QUE

Famma Deulofeu Cervantes

Participó en el

**TALLER DE ANESTESIA REGIONAL Y ACCESOS VASCULARES: REVISIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA
CON CADÁVERES Y MODELOS VIVOS**

realizado entre el veintitres (23) y el veinticuatro (24) de Julio de dos mil dieciséis (2016), con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas en las Instalaciones del Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión - CLEMI.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de Julio de dos mil dieciséis (2016).


Laura Catalina Chaparro

Directora Seminario Taller





Gerencia Centro de Capacitación
GEARD Latin American Group

Si Sociedad Argentina de Terapia Intensiva



Personería Jurídica N° 2481

COMITÉ DE CUIDADOS NEUROINTENSIVOS

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva certifica que el /la

Dr./Dra. **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU**

ha aprobado el **CURSO DE NEUROINTENSIVISMO**, dictado entre el 14 de Abril
y el 1° de Setiembre de 1999, con una duración de 60 horas docentes con Evaluación final.

Buenos Aires, Setiembre de 1999

Dr. Jorge Alberto Neira
M.N. 47634
Presidente

Dr. Carlos Rondina
M.P. 10198
Director

AUSPICIADO POR: UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



ASOCIACION DE ANESTESIOLOGIA DE BUENOS AIRES

JORNADAS CONJUNTAS AABA - SATI
NEUROANESTESIA - NEUROINTENSIVISMO

Certificamos que el/la Dr./Dra. _____

DEULOFEU FAMMA

ha participado en calidad de _____

asistente

en el curso de 11 horas de duración, dictado los días 5, 12 y 26 de noviembre de 1998.

Buenos Aires, noviembre de 1998

Dr. Juan Carlos Flores
Secretario Científico
Asociación de Anestesiología de
Buenos Aires

Dr. Francisco Canaro
Presidente
Asociación de Anestesiología de
Buenos Aires



SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN N°.

DE 20

(

60117

)

28 JUN 2002

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992,
el decreto 2662 de 1999 y la resolución 649 del 22 abril de 2002.
-ICFES-,

CONSIDERANDO :

Que FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 45.450.688 de Cartagena (Bol.), presentó ante este instituto el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, otorgado el 17 de agosto de 2000, por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL - SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 064686/2002 en el folder 19645/02;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 28 de agosto de 1992, por La Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Que la Dirección General de ICFES, mediante comunicación 6079 del 5 de octubre de 1998, dispuso continuar con la utilización de Caso Similar, el cual consiste en la aplicación de conceptos emitidos siempre y cuando correspondan a un título semejante, expedido por la misma institución, con igual duración y cuya evaluación no tenga más de 5 años de expedida:

28 JUN 2002

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, se convalidó el título mediante resolución 804 del 11 de julio de 2001, previo concepto de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, el cual se considera aplicable en esta oportunidad ;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, otorgado el 17 de agosto de 2000, por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL - SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, Buenos Aires, Argentina, a FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 45.450.688 de Cartagena (Bol.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D. C. a los

28 JUN 2002



LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector(a) de Monitoreo y Vigilancia

cgb-

NOTIFICACION PERSONAL 02 JUL 2002

NOMBRE: Galula Reyes de Parra

FIRMA: Galula Reyes de Parra

C.C. N° 27.000.276J



Bogotá D.C

Señores:

Universidad Bs As.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Fanny Deedee Cervantes 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:

Hecho Anestesiología
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Fanny Deedee Cervantes

No. de documento:

45450688

Tarjeta profesional No:

01 13541 1994

Dirección de contacto:

cra 65 N 100-15

Teléfono:

3133915282



HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E.
NIT. 830.077.617-6
CONTRATACION PRESTACION DE SERVICIOS

EL SUSCRITO ASESOR DE LA OFICINA JURIDICA DEL HOSPITAL
TUNJUELITO II NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR:

Que revisado el archivo general del Hospital, se encuentra el registro de DEULOFEU CERVANTES FAMMA DEL SOCORRO, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 45.450.688, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad vinculado por Orden de Prestación de Servicios así:

ORDEN PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO
	DESDE	HASTA		
No. 993 de 2012	3 de Febrero de 2012	30 de Abril de 2012	MEDICO ANESTESIOLOGO	\$ 20.978.000
No. 1369 de 2012	2 de Mayo de 2012	30 de Junio de 2012	MEDICO ANESTESIOLOGO	\$ 14.252.000
No. 2000 de 2012	3 de Julio de 2012	30 de Julio de 2012	MEDICO ANESTESIOLOGO	\$ 6.624.000
No. 2546 de 2012	1 de Agosto de 2012	30 de Agosto de 2012	MEDICO ANESTESIOLOGO	\$ 5.520.000
No. 3053 de 2012	3 de Septiembre de 2012	30 de Septiembre 2012	MEDICO ANESTESIOLOGO	\$ 6.624.000
No. 3586 de 2012	01 de Octubre 2012	EN EJECUCION	MEDICO ANESTESIOLOGO	\$ 6.624.000

Para confirmar los datos que contiene esta constancia o solicitar información adicional favor comunicarse al área de contratación, líneas telefónicas 2040344 o 2042822 Ext. 119.

La constancia se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes de Octubre de 2017.


EDWARD FERNEY VASQUEZ CAMPOS
Asesor Jurídico

Revisó: Dra. Isabel Sarmiento C. - Profesional Universitario.
Elaboró: Edward J. Mendoza M. - Técnico Apoyo Contratación Civil.





 HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CERTIFICACION DE ACTIVIDADES	
--	-------------------------------------	---

**LA SUSCRITA REFERENTE DEL AREA DE CONTRATACION-
OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL**

CER.331-13-2

HACE CONSTAR QUE:

FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES, identificada con cédula de ciudadanía numero 45.450.688 de Cartagena, presta sus Servicios como **MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**, en el Área de **CIRUGIA**, desde el 05 de Marzo de 2010 hasta el 31 de Diciembre de 2013, mediante la modalidad de Prestación de Servicios, con unos honorarios mensuales a la fecha de **NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$9.672.000)**, sin que esto genere relación laboral entre las partes.

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud de la interesada, con base en la información existente en la Oficina Asesora Jurídica-Contratación a los Veinte (20) días del mes de Octubre de 2017.


GINA MARCELA PÉREZ IBÁÑEZ
Profesional Especializado
Oficina Asesora Jurídica - Contratación

Proyectó: Kathe Davila / Técnico Administrativo

Código: 05-80107-41-V1 | Tv.74 F No.40 B 54 | Tel.4480030 - 4480700 ext.1 | NIT.800.196.939-3

FRANCO SAAD LTDA.

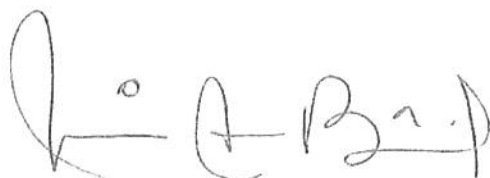
Nit. 830.080.709-6

CERTIFICAMOS QUE

La Doctora FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES, identificada con cédula de ciudadanía 45.450.688 trabaja con nuestra compañía como Médico Anestesiólogo, generando \$5.900.000 por honorarios mensualmente.

Se expide a solicitud del interesado a los doce días de Agosto de 2.017.

Atentamente,



FRANCO SAAD S.A.S
María Victoria Saad Brahim /
Gerente General
Nit 830.080.709-6



A QUIEN INTERESE

Que la señora **FAMMA DEULOFEU CERVANTES** identificada con C.C. **45.450.688**, estuvo vinculada como trabajadora asociada en la cooperativa de trabajo asociado especializado en salud **COOTRAESCUN CTA** cuyo NIT es **900049997-4** para el **SUBPROCESO** de ANESTESIOLOGA.

Con un **CONVENIO ASOCIATIVO DE TRABAJO** a término indefinido, desde Julio 01 de 2008 hasta Marzo 02 de 2010.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los (24) días del mes de Marzo de 2017.

Cordialmente,



CATHERINE SUAREZ
COORDINADORA DE PROCESOS

COOTRAESCUN CTA
NIT: 900.049.997-4

Cra. 10 No. 13 - 18 Soacha
Teléfonos: +57 11 4596
cootraescun@yahoo.es

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **45.450.688**
DEULOFEU CERVANTES

APELLIDOS
FAMMA DEL SOCORRO

NOMBRES

Deulofeu Famma Del Socorro C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1963**

SANTA CATALINA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

30-NOV-1981 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00305915-F-0045450688-20110603

0027131601A 1

1141213650

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto **1 3**

Actualización de oficio

4. Número de formulario

14196070172



(415)7707212489984(8020) 000001419607017 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

4 5 4 5 0 6 8 8

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

4 5 4 5 0 6 8 8

27. Fecha expedición:

1 9 8 1 1 1 3 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio:

Cartagena

0 0 1

31. Primer apellido

DEULOFEU

32. Segundo apellido

CERVANTES

33. Primer nombre

FAMMA

34. Otros nombres

DEL SOCORRO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Siglo:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección

CR 65 100 15 TO 1 AP 502 BRR ANDES

42. Correo electrónico:

famde6@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

8 1 4 5 0 5 5

45. Teléfono 2:

3 1 3 2 6 1 3 8 3 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 2 1 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades

53. Código:

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a nombre de

Usuarios aduaneros

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 2 1 2 1 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

CONTRIBUYENTE NIT 45450688-0 FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES

Información General

Dirección CR 65 100 15 TO 1 AP 502 BRR ANDES

Teléfonos 8145055-3132613831

Dirección electrónica famde6@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/04/2011

Soporte Inscripción 13499821

Fecha Inicio Actividades 01/11/2002

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: 17001853847



MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No. 001354

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

En Ejercicio de la delegación conferida por resolución No 0530 de octubre 13 de 1993 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

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

FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES 40.430.688
Que Con C.C.No.

de CARTAGENA -BOL. ha solicitado el registro de su TITULO
de MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorga LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

EL 28 DE AGOSTO DE 1992

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de
BOLIVAR

Al folio 295 del libro 235 de 26 DE OCTUBRE DE 1993

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN
EL SERVICIO DE SALUD DE SUCRE

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autoriza a FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES

para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO
en el territorio nacional

RELACIONES INDICADAS
DOCUMENTOS INDICADOS
RELACIONES INDICADAS



GRACIELA AYAYA
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

GLADYS LEONOR LEAL BERNAL
SECRETARIA AD HOC



Libertad y Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Resolución No. 01-0649
14 MAR 2005

Por la cual se concede autorización para ejercer la Especialidad Médica en Anestesiología

**EL DIRECTOR GENERAL DE ANALISIS Y POLITICA
DE RECURSOS HUMANOS**

En ejercicio de la facultad otorgada por el artículo 5º. de la Ley 6ª. de 1991, Reglamentado mediante Resolución No. 1180 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, Decreto No. 205 de 2003, Resolución 002656 de 2004, y

CONSIDERANDO:

Que el (la) doctor (a) **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 45.450.688 de Cartagena (Bolívar), ha solicitado la autorización para el ejercicio de la Especialidad Médica en **ANESTESIOLOGÍA**, para lo cual presentó diploma que le otorgó el Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Política y Regulación de Salud, Buenos Aires, Argentina.

Que según resolución No. 001117 de 2002, expedida por el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior -ICFES-, le ha sido convalidado y reconocido el título de especialista en Anestesiología.

Que mediante Resolución No. 01354 de 1994, expedida por el Ministerio de Salud, se encuentra autorizado (a) para ejercer la profesión de **MÉDICO Y CIRUJANO**, en todo el Territorio Nacional.

Que la solicitud, cumple con los requisitos establecidos en el artículo 2º. de la Resolución No. 01180 de 1999.

RESUELVE :

ARTÍCULO ÚNICO.- Autorizar al (la) Médico (a) doctor (a) **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 45.450.688 de Cartagena (Bolívar) y Tarjeta Profesional No. 01-1354/94, para ejercer la **ESPECIALIDAD MEDICA EN ANESTESIOLOGÍA**, en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 14 MAR 2005

JUAN CARLOS TRUJILLO DE HART

RESOLUCION No. 25 **4449** - DE 2008
(**28 NOV. 2008**)

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

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.45.450.688 DE CARTAGENA- BOLIVAR**, ha solicitado inscripción para ejercer la profesión como **MEDICO Y CIRUJANO, TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, CARTAGENA- BOLIVAR, REGISTRADO EN LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOLIVAR AL FOLIO 295, DEL LIBRO 235, DEL 26 DE OCTUBRE DE 1993 Y ACTA DE GRADO No.001, DE FECHA 28 DE AGOSTO DE 1992.**

Que **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO**, a Nivel Nacional, mediante **RESOLUCIÓN No.001354, DEL 10 DE MARZO DE 1994**, expedida por **EL MINISTERIO DE SALUD.**

Que igualmente **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, solicita inscripción como **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**, de acuerdo al Certificado de Especialista que le otorgó **EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL- SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, DE BUENOS AIRES- ARGENTINA, CON EXPEDIENTE No.120020000015870992, NUMERO DE ORDEN 14258/2000, DE FECHA 17 DE AGOSTO DE 2000.**

Que dicho **TITULO**, le fue convalidado y reconocido para todos los efectos académicos y legales por el **INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR- ICFES,,** según **RESOLUCIÓN No.001117, DEL 28 DE JUNIO DE 2002**, como equivalente al título de **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA.**

Que **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer **LA ESPECIALIDAD MEDICA EN ANESTESIOLOGIA**, a Nivel Nacional, mediante **RESOLUCIÓN No.01-000649, DEL 14 DE MARZO DE 2005**, expedida por **EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.**

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Inscribase **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.45.450.688 DE CARTAGENA- BOLIVAR**, para ejercer la profesión como **MEDICO Y CIRUJANO- ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**, 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.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C.'a los

28 NOV. 2008



ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

45450688

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-18→9:57:57 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	45450688	FAMMA	DELSOCORRO	DEULOFEU	CERVANTES	Ver

Información Detallada [CC: 45450688] FAMMA DELSOCORRO DEULOFEU CERVANTES

2018-12-18→9:57:57 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2008/11/28	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información dispuesta 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.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

CERTIFICA

Que una vez revisado el archivo computarizado de esta Corporación, no se encontró que durante los últimos cinco (5) años **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, quien presenta la cédula de ciudadanía No. 45.450.688 de Cartagena (Bolívar) y Registro Médico No. 01-1354/1994 del Ministerio de Salud, registre antecedentes disciplinarios.

Se aclara que esta información no incluye la que puedan tener los demás Tribunales Seccionales.

La presente certificación se expide en Bogotá, D. C, a los once (12) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018).


OSWALDO ALFONSO BORRAEZ GAONA
Presidente



idime



01-2048037

No. de Orden : 2048037
Paciente : DEVULOPEO FAMMA
Documento Id : 45450668
Empresa : COLMENA A.P.S
Sede : LAGO

HBSAC**

Examen

Página N° : 1
Fecha ingreso : 29/05/2017 12:48:10 PM
Fecha impresion : 30/05/2017 05:16:21 AM

No. Interno : 2048037
Edad : 49 a 4 m 29 d
Teléfono : 0000000000
E-Mail : @
No. Autoriza: 1

Examen	Resultado	Unidades	MOLIVO
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	HORMONAS		Valores de referencia
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000	UI/L	0 - 0

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLINICA.
VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación: (1 Dosis y evaluación del nivel de Anti-HBs)
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de inmunidad
Técnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

RESPONSABLE

FIRMA DE RESPONSABLE

Firma: IVONNE ANGELICA HOLANO REG 33701069

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑÍA
La IPS de las Buenas Empresas

ENTORNO & COMPAÑÍA LTDA
NIT: 830034865-1



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 45450688-27166

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	14/12/2018 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES	Identificación:	45450688
Género:	FEMENINO Edad: 55	Teléfono:	NO REFIERE Móvil: 3133915288
Fecha Nacimiento:	01/06/1963	Cargo:	MEDICO
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CRA 65 # 100-15	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON
ENFASIS OSTEOMUSCULAR

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

BIOMECANICO

SVE

Información de Remisiones

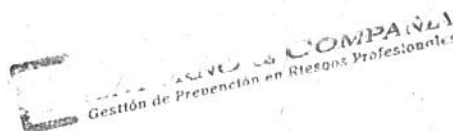
NO

Dra. Gisela C. Pérez Ríos
Ene. Ocupacional y Salud
C.E. 3018401 por 25.000



GISELA COROMOTO PEREZ RIOS
Médico Especialista en Salud Laboral

FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES 45450688
Firma y cédula del Paciente



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

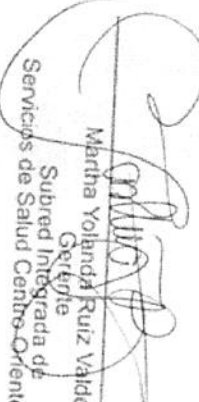
La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
CERTIFICA QUE:

FAMMA DEULUFFEY
C.C.: 45450688

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**
Con una intensidad horaria de 20 horas

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


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


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



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional



**CERTIFICA QUE :
FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU
CERVANTES**

c.c. 45.450.688

**ASISTIO AL CURSO
SOPORTE VITAL BASICO**

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART
ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 20 días del mes abril de de 2018.
Validez 2 años.



Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.
PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :
FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES
c.c. 45.450.688

ASISTIO AL CURSO

POORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

**EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART
ASSOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS**

Dado en Bogotá D.C., a los 26 días del mes de abril de 2018.
Validez 2 años.


**CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS A SU
INSTITUCION SE VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL
SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634- 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net


David Londoño
**Sub Dirección
Académica**

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

FECHA: CIUDAD: DEPARTAMENTO:

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de 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:

Dellofev Cervantes Faura del socorro

TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 45450688 cartagena 30-NOV-1981

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): PAIS NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

01/16/1963 santa catalina (Bol) colombiano colombiano

ESTADO CIVIL: PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO:

SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ 2 2 3133915288

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ CUAL: OTRO ☒ Especialidad ☒ Acustico

TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☒

DIRECCION RESIDENCIA: CIUDAD RESIDENCIA: DEPARTAMENTO: PAIS RESIDENCIA: TELEFONO RESIDENCIA:

Cra 65 N 100-15 Bogota Cundinamarca colombiano 7547763

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA:

Famde 6 @ 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:

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 ☐ OTRO ☐

PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☒ NO ☐ IVA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

PRINCIPAL: SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒ Seehud centros de salud / S. Clara Gaud

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SAUD ☒ NIT 900959051

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)			

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	12.000	GASTOS FAMILIARES	10.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	X 35.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Puebio	Pupo	Julian	Jeolcar
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Calle 61 N° 3D-78	Bogota (Col)	Alegre	4624468

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BK UVA	multa electronica	02000095324	elect W.	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ 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 aqui 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

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 destinarán a actividades lícitas.

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 mí 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.

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 sarlatf@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 " POLÍTICA 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 Índice 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							

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos 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 PAÍSES.

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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 - 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 prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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.



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES identificado(a) con cedula ciudadanía 45.450.688, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170601	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
ALEJANDRA PAOLA PALACIO DEULOFEU	HI	1010000114	TI	20141202	0	Activo	234
SOFIA PALACIO DEULOFEU	HI	1116778289	TI	20141202	0	Activo	234

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

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: MARIA ALEJANDRA CUESTAS
10552907

CER-AFI



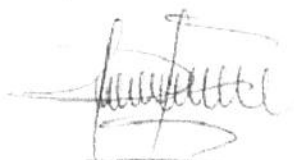
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **45450688**, se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2008** 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	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2008	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 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.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

45450688

Numero de Documento

SURA

ARL

FAMKON

Primer Nombre

del SOCORRO

Segundo Nombre

Deelofev

Primer Apellido

Cervantes

Segundo Apellido

1/06/1963

F. Nacimiento dd/mm/aa

San Jacinto (Bol)

Ciudad de Nacimiento

Cuagay 100-15

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

cooperativa

EPS - Salud

cooperativa

AFP - Pensiones

\$ 7.000.000

Honorarios

asesor de

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Famke 6 @ Hotel. coo

Correo Electrónico

3133955288

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Medellín, 13 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES identificado(a) con cédula de ciudadanía 45450688 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 18/02/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C454506881834752816

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

13/12/2018 2.40 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119366248



WEB

09:35:59

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 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) FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 45450688:

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.

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 martes 18 de diciembre de 2018, a las 09:39:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	45450688
Código de Verificación	45450688181218093909

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 9:36 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) **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO** de CARTAGENA

45450688

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 figuren 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 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_CKNB_369

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 09:40:00 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 45450688

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.

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **FAMMA DEL SOCORRO DEULOFEU CERVANTES** identificado(a) con **cedula de ciudadanía número 45.450.688** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130074000200095324** aperturada el **06 de noviembre de 2012**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

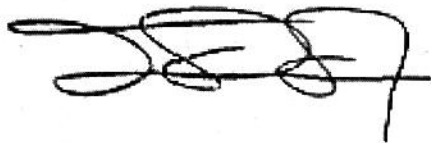
9 dígitos: **074095324**

10 dígitos: **0074095324**

16 dígitos: **0074000200095324**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **18 de diciembre de 2018** a las **09:09**, con destino a **Quien Interese**.



Firma autorizada autografiada

BBVA COLOMBIA