

[Actualizar el contacto](#)

UTC -5 11:33:52

[Buscar por proces](#)[Menú](#)

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones hugo fernando rojas rojas ,

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS con el NIT 7692486 creada

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

[Haga clic aquí para continuar >](#)

[Buscar...](#)

Id de página: 14001741

[Ayuda ?](#)



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 ROJAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROJAS	NOMBRES HUGO FERNANDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 7692486	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 72112204904 D.M. 42		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 22 MES NOV AÑO 1972 PAÍS Colombia DEPTO Huila CIUDAD Neiva		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA. 68B # 33-95 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3282828 EMAIL hufero22@gmail.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 ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	DICIEMBRE	1989

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
UN	12	X	MEDICO	12 1998	81899

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	
Portugués		X			X			X	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
344 44 84	DÍA 11 MES 1 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO INFECTOLOGO	HOSPITALIZACION	CRA. 14C # 1 - 45 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DENBAR INTERNACIONAL IPS S.A.S		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Huila	Neiva		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2646165	DÍA 2 MES 1 AÑO 2015		DÍA 17 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO INFECTOLOGO	MEDICINA INTERNA	CALLE 36 # 4C - 19	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION SIAM		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4359041	DÍA 2 MES 5 AÑO 2012		DÍA 17 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO INFECTOLOGO	VIH	CALLE 58A # 35A - 12	

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	1	11
PRIVADO	6	7



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 DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 17-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	7

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá Dic 17-18

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 7692486

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA. 68B # 33-95

Teléfonos 3006543425 3282828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HUGO ROJAS	12096311	PADRE
TERESA DE ROJAS	36149494	MADRE
JOSE NELSON ROJAS	12135280	HERMANO(A)
LARISSA ROJAS	55152454	HERMANO(A)
NICOLAS ROJAS HOYOS	1089940254	HIJO(A)
LUCIANA ROJAS HOYOS	1089941080	HIJO(A)
NICOLAS ROJAS HOYOS	1089940254	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	\$ 20.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 20.000.000,00

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
BANCO DE OCCIDENTE	AHORROS	065826281	PEREIRA	\$ 20.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	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.



Última Actualización: 17-dic-2018

CASA	CASA NEIVA	\$ 120.000.000,00
CASA	CASA RIVERA	\$ 80.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
MARCALI S.A	CAMIONETA RENAULT	\$ 35.000.000,00
TC VISA BANCO DE	COMPRAS	\$ 900.000,00
TC MASTER BANCO DE	COMPRAS	\$ 1.100.000,00
PRESTAMO PERSONAL	VIAJE	\$ 10.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
ASOCIACION COLOMBIANA DE INFECTOLOGIA	MEDICO INFECTOLOGO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
SOCIEDAD BRASILERA DE MEDICINA TROPICAL	MEDICO INFECTOLOGO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MARIA DEL PILAR HOYOS	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	52543705

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional 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



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 88 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional - M.E.N.

Confiere el Título de
Médico y Cirujano

A

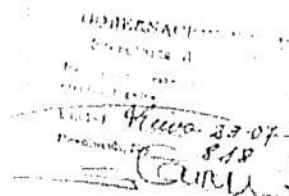
Hugo Fernando Rojas Rojas

C.C. No. 7.692.486 Expedida en Tarma H.

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello otorga el presente

Diploma



En la ciudad de Neiva, a 18 de Diciembre de 1988

[Firma]
Rector

[Firma]
Inspector Académico

[Firma]
Vice Rector

[Firma]
Vice Rector

Registrado al Folio 244 del libro de Diplomas, No. 2 Acta de grado No. 438

No. 8280



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
DISCIPLINA – SERVIÇO DE INFECTOLOGIA
CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO

ORDEM DE SERVIÇO NORMATIVA nº 002/HUPE/99, de 22.03.1999



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO

Confere-se este diploma à:

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

*Por haver concluído com aproveitamento o Programa de Especialidade Médica para Estrangeiros
PEME – Área de:*

Infectologia

*Cujo programa teórico – prático é estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica do
Ministério da Educação e pela Comissão de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de
Infectologia, realizado no período de 01/04/05 a 31/03/10.*

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2010

Gustavo Albino Pulo Magalhães

Prof. DR. GUSTAVO ALBINO PINTO MAGALHÃES PhD
Coordenador Área Clínica de Infectologia
Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ

Paulo V. Damasceno

Prof. DR. PAULO VIEIRA DAMASCO PhD
Coordenador do Comitê de Infecção Hospitalar
Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ



Universidad Surcolombiana

ACTA DE GRADO No. 438

La Universidad Surcolombiana, creada por Ley 13 de Enero 30 de 1976 y reconocimiento institucional por Resolución No. 9062 del 26 de Octubre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que el estudiante:

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

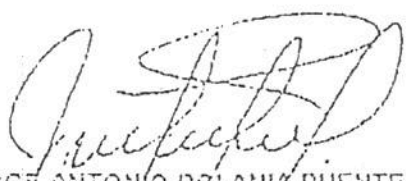
C. de C. No. 7.892.488 de Neiva (Huila)

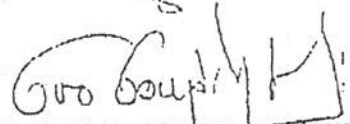
Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos Reglamentarios de la Universidad, resuelve otorgarle el título de:

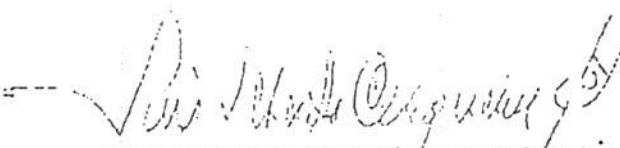
MEDICO Y CIRUJANO

En nombre y representación de la Universidad Surcolombiana y de la República de Colombia, el Señor Vicerrector Académico tomó el juramento de rigor.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los 13 días del mes de DICIEMBRE, de 1998


JORGE ANTONIO PALANIÁ PUENTES
RECTOR


GUILLERMO GONZÁLEZ MANRIQUE
DECANO DE LA FACULTAD


LUIS ALBERTO CERQUERA ESCOBAR
VICERRECTOR ACADEMICO


EDUARDO BELTRAN CUELLAR
SECRETARIO-GENERAL



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 6348

(22 JUL 2010)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y la Resoluciones
No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.972 del 27 de febrero de 2009

CONSIDERANDO:

Que HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.7.692.486, presentó para su convalidación el título de ESPECIALIDADE MÉDICA ÁREA DE INFECTOLOGIA, otorgado el 3 de mayo de 2010 por la UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, Brasil, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2010ER47678-32922/10.

Que además presenta el título de MÉDICO Y CIRUJANO otorgado el 18 de diciembre de 1998, por la UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5547 del 1º de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*, el cual establece que "Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica."

Que los estudios fueron evaluados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALIDADE MÉDICA ÁREA DE INFECTOLOGIA, otorgado el 3 de mayo de 2010 por la UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, Brasil, a HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.7.692.486, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los

22 JUL 2010

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR,

CERTIFICA	
Que la presente fotocopia fue comparada con la original y es auténtica	
Fecha	22 JUL 2010
Firma	[Firma]

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE RIO DE JANEIRO
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS 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:

Médico Infectólogo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

[Firma]

7602406

018/99

Cll 12 # 33-10 Casa 49 UGIRANTE DE CAJAMA

000-6543425



FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1972**

NEIVA
(HULA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.86 **A+**

ESTATURA G.S. RH

SEXO

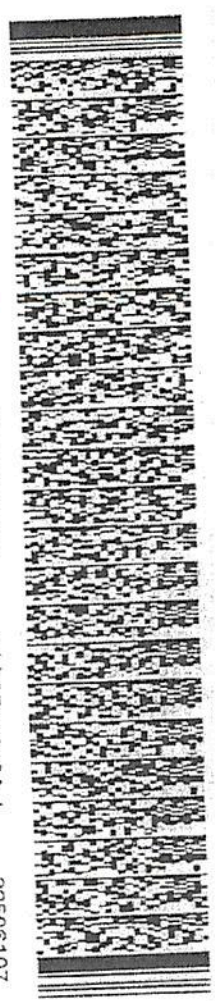
M

15-MAY-1991 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1906400-00252332-M-0007692486-20100825

0023580242A 1

33596107

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **7.692.486**

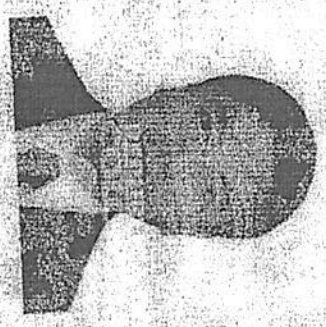
ROJAS ROJAS

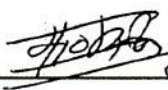
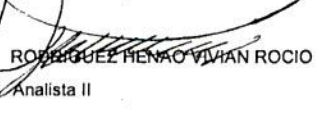
APellidos

HUGO FERNANDO

Nombre

Hugo Fernando Rojas
Firma



 DIAN Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 MUSCA Módulo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado		001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 14316577604			
				 (415)7707212489984(8020) 000001431657760 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 6 9 2 4 8 6 - 1		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Neiva		14. Buzón electrónico ☐ 1 ☒ 3	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☐ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☐ 1 ☒ 3		26. Número de identificación: 7 6 9 2 4 8 6		27. Fecha expedición: 1 9 9 1 0 5 1 5	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: ☐ 1 ☒ 6 ☐ 9		29. Departamento: Huila		30. Ciudad/Municipio: Neiva	
31. Primer apellido ROJAS		32. Segundo apellido ROJAS		33. Primer nombre HUGO		34. Otros nombres FERNANDO	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Huila		40. Ciudad/Municipio: Neiva		0 0 1	
41. Dirección principal CR 2 A 1 SUR 79 BRR ALMENDROS							
42. Correo electrónico: hufero22@gmail.com		43. Apartado aéreo		44. Teléfono 1: 8 7 2 1 8 3 3		45. Teléfono 2: 3 0 0 6 5 4 3 4 2 5	
CLASIFICACION							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8 6 2 1	47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 7 2 6	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2	51. Código: 2 2 2 1	52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma ☐		56. Tipo ☐	
				57. Modo ☐		58. CPC ☐	
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de folios: 1		61. Fecha: 2 0 1 4 1 0 0 6			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante: 				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice, Firma autorizada:  984. Nombre: ROBERTO GUEZ HENAO VILLAN ROCIO 985. Cargo: Analista II			

CONTRIBUYENTE NIT 7692486-1 HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

Información General

Dirección CL 12 33 10 CA 49 BRR ALAMOS

Teléfonos 3006543425

Dirección electrónica hufero22@gmail.com

Fax 3213230

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/12/2017

Soporte Inscripción 23396788

Fecha Inicio Actividades 26/07/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002547434

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

70112204904

PER. ENCE AL EJERCITO DE

1A LINEA 2A LINEA 3A LINEA

31-DIC 02 31-DIC 12 31-DIC 22

APELLIDOS Y NOMBRES

ROJAS ROJAS
HUGO FERNANDO

UM **BASO** P. MIL **P.** M.

PROFESION **BACHILLER**



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N° 318799

Firma Medico

[Signature]

Nombres y Apellidos

HUGO F. ROJAS ROJAS

C.C. **7692486** De: **NEIVA**

Universidad **SURCOLOMBIANA** Ciudad **NEIVA**

Código: **27749/41** Fecha de Expedición: **30/11/99**

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

318199

Firma Medico

Nombre y Apellidos

HUGO F. ROJAS ROJAS

C.C. 7692486

De: MEIVA

Universidad

SURCOLOMBIANA

Ciudad

MEIVA

Código

27749144

Fecha de expedición

30/11/98



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION NUMERO 318 DE 1999
(julio 23)

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
de conformidad con el Decreto 001875
de Agosto de 1994, Y

CONSIDERANDO:

Que, **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7'692.486, expedida en Neiva, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MEDICO Y CIRUJANO**. Título que le otorgó la **UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**, según acta de grado No. 438 y diploma No. 8280 del 18 de diciembre de 1998.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado al Folio 244 del libro Nº 2 de la Universidad.

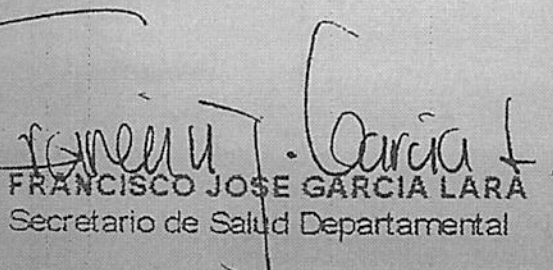
Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la E.S.E. "Hospital San Vicente de Paul" del 19 de abril al 18 de julio de 1999, en el municipio de Garzón Departamento del Huila.

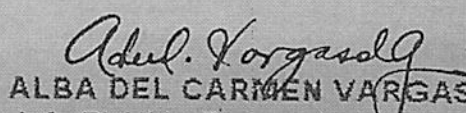
RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorícese a: **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7'692.486 expedida en Neiva, para ejercer como **MEDICO Y CIRUJANO**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Neiva (Huila), el 23 de julio de 1999.


FRANCISCO JOSE GARCIA LARA
Secretario de Salud Departamental


ALBA DEL CARMEN VARGAS DE G.
Jefe División Desarrollo Institucional y
Seguridad Social

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

7692486

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

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



05-1015361

Página N° : 1
Fecha ingreso : 28/02/2017 06:17:26 AM
Fecha impresion : 21/03/2017 04:48:54 PM

No. de Orden : 1015361	No. Interno : 1015361
Paciente : ROJAS ROJAS HUGO FERNANDO	Edad : 42 a 3 m 23 d
Documento Id : 7692486	Teléfono : 3172588004
Empresa : MEDICINA INTEGRAL IPS S.A.	E-Mail : ADMISIONESPER@medici
Sede : PEREIRA	No. Autoriza: 999

HBSAC**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
<u>HORMONAS</u>			
<u>HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS</u>			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	229.5	UI/L	0 - 0
se sugiere correlacionar con historia clínica.			
VALORES DE REFERENCIA:			
No reactivo: Menor a 10			
Reactivo: Mayor o igual a 10			
CONTROL VACUNACION			
Menor o igual a 10 Revacunación			
10 - 100: Niveles de protección			
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad			
Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

Firma: LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento solo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

INFORMACIÓN GENERAL

Equipo utilizado: Optec 2000
Nombre: HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS
Documento: 7692486
Empresa usuaria: PARTICULAR
Uso lentes: SI Tipo de lentes: Formulados
Frecuencia: Lectura Examen realizado con lentes de contacto: NO



PRUEBA DE DEMOSTRACIÓN: Buena

VISION LEJANA SIN LENTES

Ojo Derecho: 20/20

Ojo Izquierdo: 20/20

Ambos ojos: 20/20

VISION CERCANA SIN LENTES

Ojo Derecho: 20/40

Ojo Izquierdo: 20/40

Ambos ojos: 20/30

VISION CERCANA CON LENTES

Ojo Derecho: 20/20

Ojo Izquierdo: 20/20

Ambos ojos: 20/20

VISION DE PROFUNDIDAD: Normal

PERCEPCION DE COLORES AMBOS OJOS: Normal

FORIA VERTICAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION CERCANA: Normal

VISION PERIFERICA: (CAMPIMETRIA)

OJO DERECHO

Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal

OJO IZQUIERDO

Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal

OBSERVACIONES: A OC. BLEFAROPLASTIA EN AO HACE 4 AÑOS
ESTEREOPSIS: 40" CON TITMUS (TEST REALIZADO A 40 CMS)

SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA.

CONTROL SEGUN PVE. USO DE CORRECCION OPTICA PARA LEER A 33 CMS.

Claudia Lucia Farias

CLAUDIA LUCIA FARIAS RIVERA
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE
RES.03318 de 12/10/1994
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES.10251 de 18/09/2014

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS
Documento: 7692486



Índice der



Escanee el código si desea verificar datos

Calle 38 #15 - 53 Cerca a la estación Transmilenio Avenida 39, Bogotá - Colombia
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

PBX: 745 42 88

Impreso por: hedy.suarez
Fecha: 2018-11-09 Hora: 15:43



FUNDACION PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCION MÉDICA – FUNDACION
SIAM

CERTIFICA QUE:

EL (LA) DOCTOR (A) HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS
C.C. 7692486
INFECTOLOGO
REGISTRO MEDICO 11 818/99

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL ENTRENAMIENTO, INSTRUCCIÓN Y SUPERVISION
PRÁCTICA

ABORDAJE DE CONCEPTOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO, SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ESTIGMA Y
DISCRIMINACION.

CON UNA INTENSIDAD DE:

30 HORAS TEORICAS

SU DESEMPEÑO FUE SOBRESALIENTE

BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE

Porf. DR. HECTOR RICARDO LEAL BAQUERO MD. M.Sc.
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA
MAGISTER EN MICROBIOLOGIA MÉDICA
PROFESOR ASISTENTE FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

BOGOTA 4/19/2018

Calle 58A No. 35A - 12
Nicolás de Federman
Bogotá D.C.
Tels.: 2219283 – 2219069



CERTIFICADO No. SC 6773-1

www.fundacionsiam.org

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

FECHA: 17/12/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: C/murca
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:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Aozas SEGUNDO APELLIDO: Aozas PRIMER NOMBRE: Hugo SEGUNDO NOMBRE: Fernando
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 7692486 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Neiva FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1991/05/15
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 22/11/72 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Neiva PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 3 NUMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO CELULAR: 3006543425

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: medico

DIRECCION RESIDENCIA: Cr 68B #33-95 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: C/murca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: -0-
CORREO ELECTRONICO: hufeno22@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Hugos SEGUNDO APELLIDO: Herrera PRIMER NOMBRE: Maria SEGUNDO NOMBRE: del Pilar
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 52.543.705 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombia

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA:
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☒ NO ☐ IVA: SI ☒ NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☐ CODIGOS C I U ACTIVIDAD ECONOMICA:
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Subred centro oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ INDUSTRIA ☐	# NIT
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐	
OTRA ☐	CUAL: X		
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACION

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	17.000.000	GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS	2.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	10.000.000
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO	1.200.000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	70.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	120.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2.000.000	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	
						deuda arrendo 30 flia	

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
Bueno	Serrano	Cesar	Augusto
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
	Bogotá, Cundinamarca	Amigo	317 300 8590

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
B. de accidente	Ahorros	065-826281	circunvalar		
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 EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL: <input type="text"/>

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Ingresos por prestación de servicios.

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.

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. 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 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 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 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.

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 mí.

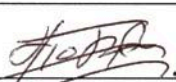
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 sarlafta@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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.subredcentroorientegov.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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CE-006 - 0000000100 - 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7692486
NOMBRES Y APELLIDOS	Rojas Rojas,Hugo Fernando
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rojas Rojas,Hugo Fernando, a los 02 días del mes de noviembre del año 2018.

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

Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS APORTES AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

Medellín, 10 de Octubre de 2018.

Señores:

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS
CC 7692486

Asunto: Notificación de pago, aportes al sistema general de pensiones

Reciba un cordial saludo de **Protección S.A.**

En Protección buscamos ser su mejor aliado en la construcción del ahorro para su futuro. Por lo anterior queremos informarle que hemos recibido el pago de los aportes al sistema general de pensiones de la siguiente manera:

Valor Aporte	\$1,386,400
Fecha Aporte	20181005
Hora Aporte	10:00 AM
Periodo Aporte	201809
Cantidad Afiliados	1
Número Planilla	30469770

Para nosotros es muy importante tener una comunicación permanente y oportuna con nuestros clientes. Con gusto atenderemos cualquier consulta a través nuestro correo electrónico proteccionenlinea@proteccion.com.co

Cordialmente,

Área de Acreditación y Traslados
Protección S.A.

Notificación según Resolución 1747 de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social

.....
Línea de Servicio Bogotá: 744 44 64, Medellín y Cali: 5109095, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99, Nacional: 01 8000 52 8000 Correo electrónico: proteccionenlinea@proteccion.com.co

Lo invitamos a ingresar a nuestro portal Transaccional para empleadores, disponible en www.Proteccion.com.co opción "Al día, con Protección en línea"

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79692486

Numero de Documento

Cedmena

ARL

Hugo

Primer Nombre

FERNANDO

Segundo Nombre

ROJAS

Primer Apellido

ROJAS

Segundo Apellido

22 / 11 / 1972

F. Nacimiento dd/mm/aa

NEIVA

Ciudad de Nacimiento

Cll 12 #33-10

Dirección de Residencia

(036) 3463661

Teléfono Fijo

UNEDIMAS

EPS - Salud

PROTECCIÓN

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Infegrobto

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

hufero22@gmail.com

Correo Electrónico

300-6543425

Celular

Hugo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 117460655



WEB

16:00:15

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de noviembre 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) HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7692486:

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 viernes 02 de noviembre de 2018, a las 16:02:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	7692486
Código de Verificación	7692486181102160238

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

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.



Bogotá D.C., 2 de Noviembre de 2018 - 16:11 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SIETE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS**

7692486

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: 11_6VM82_1016
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:04 46 horas del 02/11/2018, el ciudadano identificado con

Cédula de Ciudadanía N° **7692486**

Apellidos y Nombres: **ROJAS ROJAS HUGO FERNANDO**

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.

OFI - 065

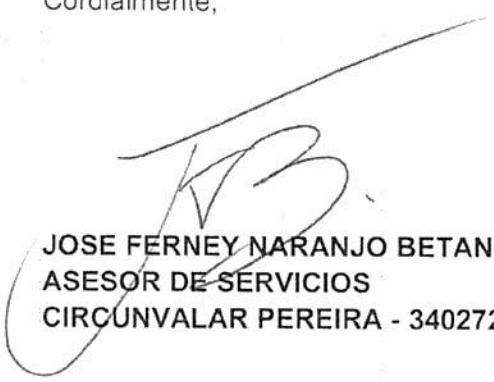
CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que nuestro cliente **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS** identificado con **CC o NIT 7'692,486** es cuentahabiente del Banco de Occidente desde el día **13 de JULIO de 2017** con la Cuenta De Ahorros **No. 065-82628-1**, la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS** es ser un "Cliente activo del Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy, **08 de AGOSTO de 2017** dirigida a **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**.

Cordialmente,


JOSE FERNEY NARANJO BETANCOURTH
ASESOR DE SERVICIOS
CIRCUNVALAR PEREIRA - 3402727



@Bco_Occidente

FTP-APY-018



Facebook.com/BcoOccidente

www.bancodeoccidente.com.co

Mod Ene. 2014