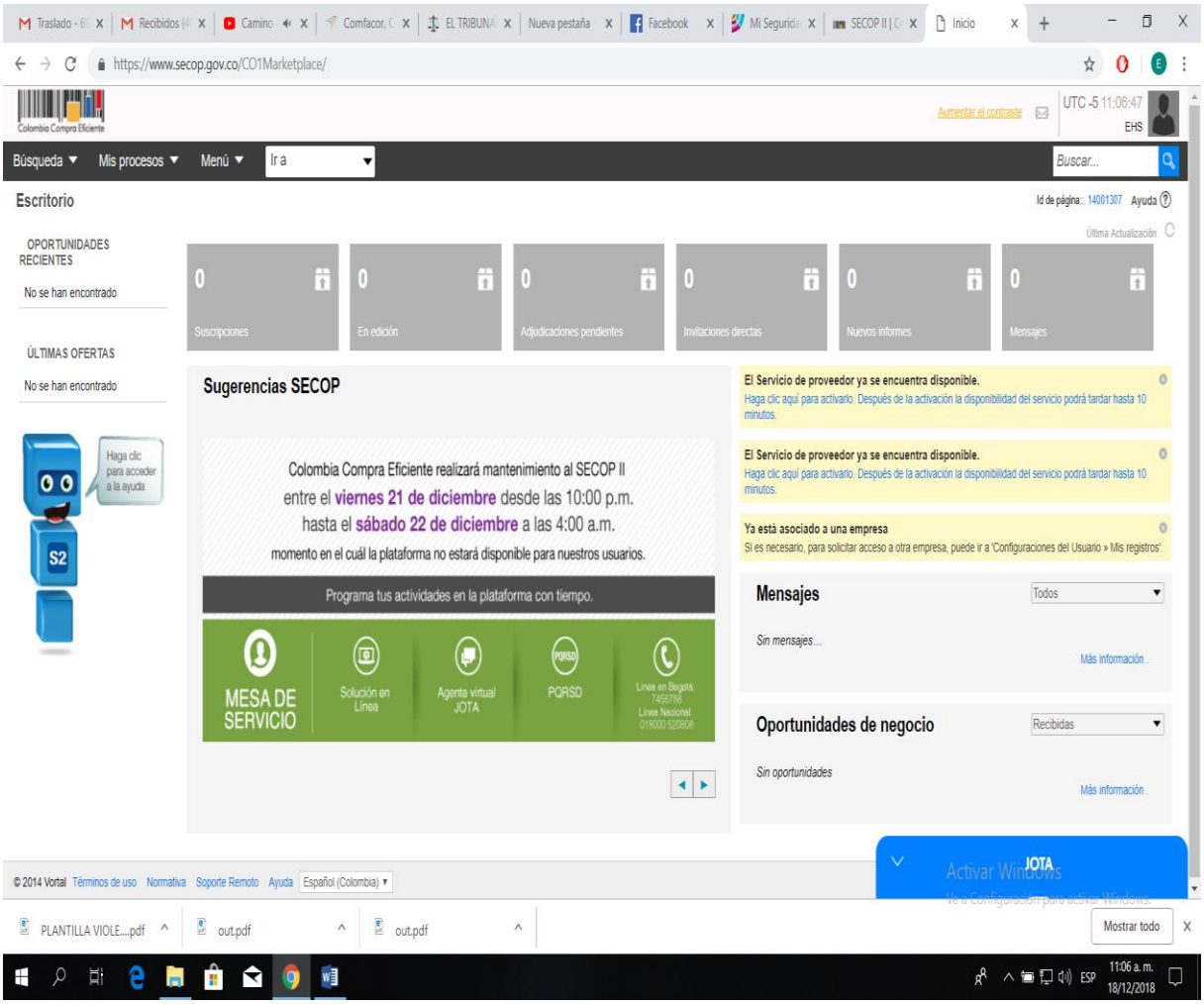



https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:06:47
EHS
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página: 14001307
Ayuda
Última Actualización
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
entre el viernes 21 de diciembre desde las 10:00 p.m.
hasta el sábado 22 de diciembre a las 4:00 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios.
Programa tus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Solución en Línea
Agente virtual JOTA
PQRSD
Línea en Bogotá 7450780
Línea Nacional 018000 520808
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
JOTA
Activar Windows
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
PLANTILLA VIOLE....pdf
out.pdf
out.pdf
Mostrar todo
ESP
11:06 a. m.
18/12/2018

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

Última Actualización: 19-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HERNANDEZ	SOTO	ESTEBAN JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1102827881

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1102827881 D.M 011

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES NOV AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Sucre

CIUDAD Sincelejo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 14 N:49-55

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO -

EMAIL lain1101.eh@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 BASICA											*TITULO* Bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2006
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO	6	2015	1102827881

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	

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

Última Actualización: 19-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649666	DIA 28 MES 1 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico Urgencias Adulto	Medico Urgencias Adulto	Diagonal 34 N:5-43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Clinica la concepcion		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Sucre	Sincelejo	lain1101.eh@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2749180	DIA 2 MES 2 AÑO 2017	DIA 31 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico General	UCI - Adulto	Cl 38 52 - 249

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Regional San Marcos - Sucre	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Sucre	San Marcos	contacto@esehospitalregionalsanmarcos.gov.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2953165	DIA 24 MES 12 AÑO 2015	DIA 24 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico Rural	Urgencias	Calle 22, Carreras 20 y 22,

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	10
PRIVADO	0	10

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

Última Actualización: 19-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	2	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. 19/12/2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Esteban Hernandez Soto

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1102827881 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra 14 N:49-55 **Teléfonos** 3013459892

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Sebastian Jose Hernandez Soto	1102816229	HERMANO(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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 40.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 40.000.000,00

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
Bancolombia	AHORROS	868449113862	Popayan	$ 4.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Placa: ELY688	$ 41.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Esteban Hernandez Soto

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Médico

A ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO

Documento de identificación C.C. No. 1.102.827.881

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 24 días del mes de Julio de 2015 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Rector

Secretaria General

Director del Programa

Registrado en el Folio No. 45 del Libro de Diplomas 78 Secretaría General de la Universidad

15498

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Técnico Industrial "Antonio Prieto"

Sincelejo - Sucre

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 077 del 22 de noviembre de 1991,

Confiere a

Esteban José Hernández Soto

Identificado(a) con ..... No. ..... Expedida en .....

El Título de

Bachiller Técnico Industrial

Con énfasis en Electricidad y Electrónica

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Rector,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 023 Folio No. 03 Diploma No. 070

Dado en Sincelejo, a 9 de Diciembre del año 2006

F.1 AZUERO EDITORES

Universidad Simón Bolívar
Personería Jurídica: Resolución No. 1318 Noviembre 15 de 1972 de la Gobernación del Atlántico.
Resolución No. 5424 Noviembre 23 de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
NIT. 890.104.633-9

23253

ACTA DE GRADO AG-33-131

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de julio del año 2015, se efectuó la ceremonia de graduación de:

HERNANDEZ SOTO ESTEBAN JOSE

*Documento de identificación N° **1102827881***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Director(a) del programa y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

*Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número **15498,** que le acredita como:*

MEDICO

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; Jose Rafael Consuegra Machado Director (a) del programa, y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-33, en lo pertinente.

ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

Barranquilla, julio 24 de 2015.

21 JUL 2 15
EVER FERIA TOVAR
NOTARIO

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO INDUSTRIAL
" ANTONIO PRIETO "
SINCELEJO - SUCRE

DANE

Inscripción

Jornada

Acta de Grado

En la ciudad de SINCELEJO a los 9 días del mes de DICIEMBRE del año 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector(a) y SECRETARIA en la Rectoría del (a) INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO INDUSTRIAL " ANTONIO PRIETO ", Institución APROBADA HASTA UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media TECNICA Y RECONOCIDA OFICIALMENTE POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad TECNICA, SEGUN RESOLUCION No. 077 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1991 .

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media TECNICA , llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER TECNICO INDUSTRIAL
CON ENFASIS EN ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

HERNANDEZ SOTO ESTEBAN JOSE

Es copia tomada del Acta General de Graduación No. 023 de fecha DICIEMBRE 09 DE 2006

Firmada y sellada por Esp. MARCO TULIO BERTEL SUAREZ (Rector)

Dada en SINCELEJO , el 09 de DICIEMBRE del año 2006 .

Rector
C.C. No. 19.326.165 DE BOGOTA, D.C.

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN JOSE HERNÁNDEZ SOTO
C.C. 1.102.827.881

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"

"MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 02 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.
TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4461 DE 29 DE ABRIL DE 2011 PARA CAPACITACION Y EDUCACIÓN DE SECRETARIA DE SALUD NIT: 900386743-5

FECHA DE RENOVACION ACLS –SVB DICIEMBRE 2020.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN JOSE HERNÁNDEZ SOTO
C.C. 1.102.827.881

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA PEDIATRICO Y ADULTO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 01 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 20 HORAS,
CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION SVB –BLS DICIEMBRE 2020

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. [illegible] DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Bogotá D.C - 20/12/2018

Señores:

Universidad Simón Bolívar

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Esteban Hernandez Soto 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:

Medico Cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Esteban Hmd

No. de documento: 1.102, 827, 881

Tarjeta profesional No: 1.102, 827, 881

Dirección de contacto: Cra 19 # 49 - 55

Teléfono: 3013459892

E.S.E HOSPITAL
REGIONAL DE II NIVEL
DE SAN MARCOS
NIT. 900.191.643-6

LA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS – SUCRE

H A C E C O N S T A R

Que el Doctor **ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No:1.102.827.881 de Sincelejo - Sucre, prestó sus servicios Profesionales a la E:S:E Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, Sucre, como Médico en Servicio Social Obligatorio, en el tiempo comprendido entre el 24 de Diciembre del 2015 al 24 de Diciembre del 2016, según constancia expedida por el Jefe de Recursos Humanos de la ESE.

Que dicha plaza estaba habilitada para el cumplimiento del año de Servicio Social Obligatorio según consta en la Resolución No. 02358 de 16 de Junio de 2014, emanada de DASSALUD Sucre.

Para Constancia, se firma en San Marcos, a los Veintinueve (29) días del mes de Diciembre de 2016, a petición del interesado.

ROSALBA PATRICIA LASTRA MEJIA

GERENTE.

Clínica Especializada
La Concepción
Manos y corazón al servicio de su salud

Sincelejo, 11 de Diciembre de 2017.

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTION HUMANA DE CLINICA ESPECIALIZADA LA CONCEPCION S.A.S

CERTIFICA

Que el Doctor **ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO,** identificada con Cédula de Ciudadanía número 1.102.827.881, presta sus servicios como Médico General en la Clínica Especializada La Concepción S.A.S., desde el día 01 de Febrero de 2017, con un Contrato de Trabajo Vigente a Término Fijo.

El presente certificado se expide como documento soporte para experiencia Laboral.

Cordialmente,

LILIBETH DIAZ MORADT
DIRECTORA DE GESTION HUMANA
Clínica Especializada la Concepción S.A.S
Nit: 830510991-3
Calle 38 Nº 52- 249 Barrio los Alpes
Tel: (5) 2749180 Ext. 4102

Elaboró Odalis Trespalacio G.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.102.827.881**

HERNANDEZ SOTO

APELLIDOS

ESTEBAN JOSE

NOMBRES

Esteban Hernandez S.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1989**

SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-DIC-2007 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2800100-00153076-M-1102827881-20090319 0010422435A 1 26762264

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14479723735

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 0 2 8 2 7 8 8 1 — 6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Sucre 7 0	Sincelejo 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	SOTO	ESTEBAN	JOSE

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 14 49 55

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ilidam@hotmail.com		3 0 1 3 4 5 9 8 9 2	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 2 1	2 0 1 5 0 7 2 4					

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1 2																									

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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: HERNANDEZ SOTO ESTEBAN JOSE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-08-2018 09:49:11AM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-12-2017
Hora: 2:29:58 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1102827881-3 ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO

Información General

Dirección CR 11 A 23 B 45

Teléfonos 3013459892

Dirección electrónica ILIDAM@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 20/12/2017

Soporte Inscripción 21903178

Fecha Inicio Actividades 24/07/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002523851

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE



1.102827881

NOMBRES: ESTEBAN JOSE

APELLIDOS: HERNANDEZ SOTO



Bachiller

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2019	2029	2039

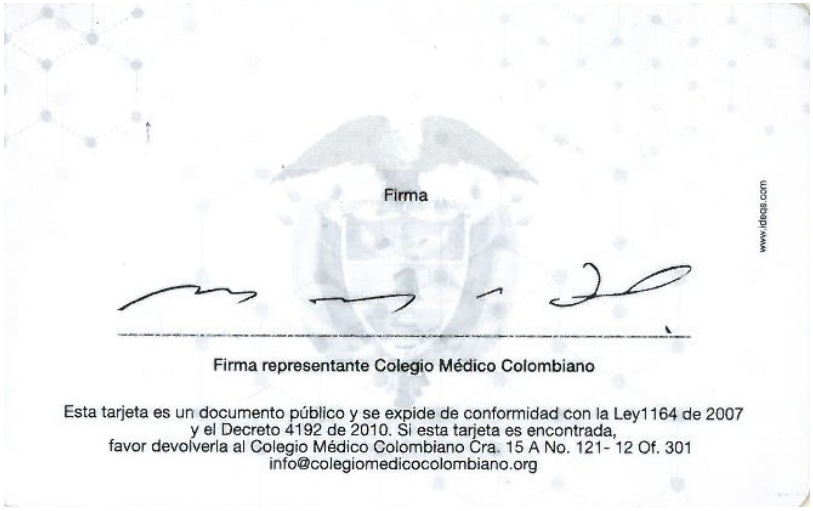
FECHA DE EXPEDICIÓN: 04/01/2018

DISTRITO MILITAR: 011

P158515

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO


MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO
C.C o C.E 1102827881
Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad
Institución de Educación
U. SIMON BOLIVAR
Ciudad BARRANQUILLA
Fecha de expedición diploma 24/07/2015
Fecha de inscripción RETHUS 15/02/2017
CMC2017-19532


Firma
www.ideas.com
Firma representante Colegio Médico Colombiano
Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
NIT. 900191643-6

LA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS – SUCRE

H A C E C O N S T A R

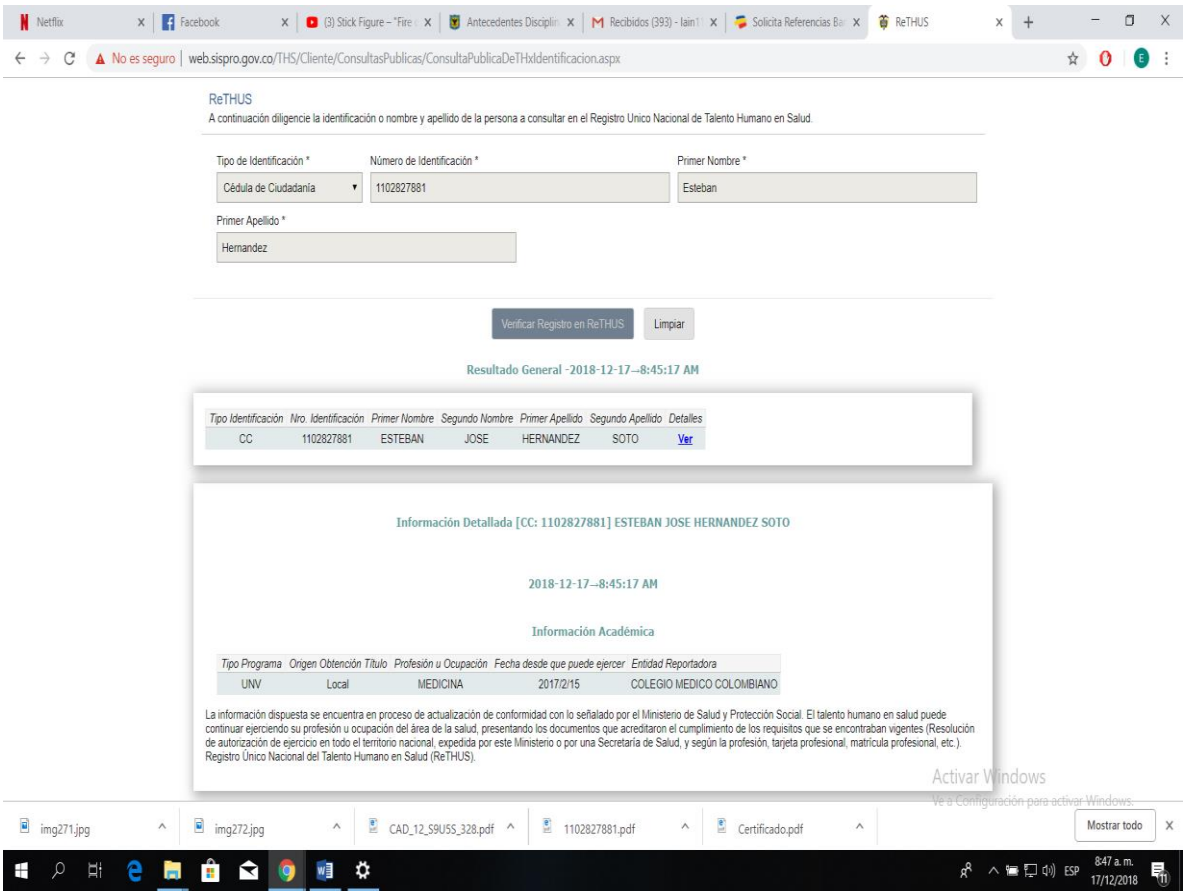
Que el Doctor **ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No:1.102.827.881 de Sincelejo - Sucre, prestó sus servicios Profesionales a la E:S:E Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, Sucre, como Médico en Servicio Social Obligatorio, en el tiempo comprendido entre el 24 de Diciembre del 2015 al 24 de Diciembre del 2016, según constancia expedida por el Jefe de Recursos Humanos de la ESE.

Que dicha plaza estaba habilitada para el cumplimiento del año de Servicio Social Obligatorio según consta en la Resolución No. 02358 de 16 de Junio de 2014, emanada de DASSALUD Sucre.

Para Constancia, se firma en San Marcos, a los Veintinueve (29) días del mes de Diciembre de 2016, a petición del interesado.

ROSALBA PATRICIA LASTRA MEJIA

GERENTE.


Netflix
Facebook
(3) Stick Figure – "Fire
Antecedentes Disciplin
Recibidos (393) - lain1
Solicita Referencias Ba
ReTHUS
No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
ReTHUS
A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1102827881
Primer Nombre *
Esteban
Primer Apellido *
Hernandez
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2018-12-17--8:45:17 AM
Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles
CC | 1102827881 | ESTEBAN | JOSE | HERNANDEZ | SOTO | Ver
Información Detallada [CC: 1102827881] ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO
2018-12-17--8:45:17 AM
Información Académica
Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora
UNV | Local | MEDICINA | 2017/2/15 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
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).
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
img271.jpg
img272.jpg
CAD_12_S9U5S_328.pdf
1102827881.pdf
Certificado.pdf
Mostrar todo
ESP
8:47 a. m.
17/12/2018

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

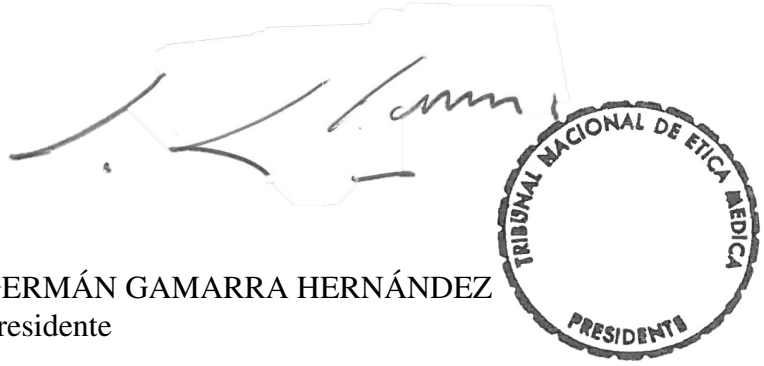
C-023504

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.102.827.881 de Sincelejo T.P. o R.M. No. 1102827881 expedida por CMC2017-19532, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veintiocho (28) días del mes de Enero de dos mil diecinueve (2019) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"



GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

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

Unidad de servicios de Salud Santa Clara
LABORATORIO CLINICO.

Certificado en Buenas Practicas Clinicas. Segun Resolucion INVIMA Nº 2011024781 de Julio 5 de 2011.

Nombre: HERNANDEZ SOTO, ESTEBAN **No. de Orden: 0130189714**

Fecha Toma : miércoles. 30 de enero de 2019
Identificación : 1102827881
Servicio : CONSULTA EXTERNA
Unidad PSS: SANTA CLARA
NOTA:

Hora Solicitud: 30/01/2019 01:30:43 p.m.
Fecha Primera Imp.: 30/01/2019 02:41:29 p.m.
Cama:
Edad : 29 AÑOS

NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R.REFERENCIA

Fecha Ingreso Muestra:0

PRUEBAS ESPECIALES

HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AGHBS) CUALITATIVO	NO REACTIVO		Sensibilidad relativa 100% Especificidad relativa 100%

(Técnica: Inmunoensayo cromatografico cualitativo)

Erika Benitez M.

Resultados Revisados y Aprobados Por Bacteriologa: ERIKA BENITEZ
Fecha Hora Validacion: 30/01/2019 02:41:24 p.m.

MUESTRAS ROTULADAS Y PROCESADAS COMO PERTENECIENTES AL PACIENTE DE LA REFERENCIA.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	**Código**	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** **Fecha:**

Bogotá, D.C, 30 (día) de Enero (mes) de 2014 (año)

Yo Esteban Hernandez Soto
identificado/a con CC No. 1.102.827.881, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): 4 fotos Para Hoja de vida,
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 01/02/2014.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma: Esteban Hernandez
Correo de contacto: luis11.01ch@gmail.com
Dirección de contacto: Cra 19 #44-55
Teléfono: 3013459892

Tipo de Examen: Ingreso

Salud y Seguridad

Graciela Vimos Ibañez

MD.Esp.en Salud Fmiliar- Magister en Salud Ocupacional Rm. 908- Lso. 03331



Tipo Doc: CC
Apellido: Hernandez Soto
Empresa: Particular
Emp. Usuaria: Hospital Santa Clara
Cargo: Medico General
Fecha: 12/Dic/2017

Nro Identidad: 1102827881
Nombre: Esteban Jose

Recepcion: # 3816

Sexo: Masculino ☒
Edad: 28 años
Nacim: 01/Nov/1989

Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con Énfasis Osteomuscular

Por Medio de la Presente se Certifica que el Colaborador es

Descripcion Aptitud	Apto ☑ Aplazado ☐ N/A ☐
Concepto de Examen de Ingreso	**APTO PARA EL CARGO**
Concepto Examen Periodico	N/A
Apto para Trabajo en Alturas	N/A
Desarrolla Trabajo en Alturas	N/A
Apto para Trabajo en Espacios Confinados	N/A
Desarrolla Trabajo en Espacios Confinados	N/A
Apto para Manejo de Sustancias Químicas	N/A
Desarrolla Trabajos con Sustancias Químicas	N/A
Apto para Manipulacion de Alimentos	N/A
Examen Psicosensometrico	N/A
Apto para Conduccion de Vehiculos	N/A
Desarrolla Tareas de Conducción de Vehiculos	N/A
Retiro Satisfactorio	N/A
Al examen médico de egreso presenta enfermedades que requieren remisión a la EPS ☐ ARL ☐	
Retiro No Satisfactorio	N/A
Aplazado por Condiciones que Afectan el Cargo al que Aspira	N/A
Con Condiciones de Salud que Interfieren su Capacidad para el Cargo que Aspira	N/A

Descripción de la Limitación

Ninguna

Recomendaciones

DEBE USAR LENTES PERMANENTES-PARA TRABAJAR ,HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE , HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR CON NORMAS Y PROCEDIMIENTO DE TRABAJA SEGURO.

Por medio de este concepto damos cumplimiento a las Resoluciones 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 decreto 1507/2014 de Min Protección Social.

Graciela Vimos Ibañez
MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 908 L.S. 03331

Graciela Vimos
Medico S.o.
Lic. de S.O #: 03331
Registro #: 908

Esteban Jose Hernandez Soto
CC 1102827881

Huella Digital

Calle 1 #25 -20 barrio 7 de agosto

Telefonos: 3052946683 - 2770294 - 3138892385

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO
C.C. 1.102.827.881

ASISTIO EL CURSO TALLER:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 16 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 40 HORAS

Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS (AHA), CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
COORDINADOR MEDICO.
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2020 Cel.3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN JOSE HERNÁNDEZ SOTO
C.C. 1.102.827.881

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"

"MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 02 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.
TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4461 DE 29 DE ABRIL DE 2011 PARA CAPACITACION Y EDUCACIÓN DE SECRETARIA DE SALUD NIT: 900386743-5

FECHA DE RENOVACION ACLS –SVB DICIEMBRE 2020.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN JOSE HERNÁNDEZ SOTO
C.C. 1.102.827.881

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA PEDIATRICO Y ADULTO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 01 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 20 HORAS,
CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION SVB –BLS DICIEMBRE 2020

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. [illegible] DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA
COMFACOR EPS-S
NIT. 891.080.005-1

Certifica:

Que el(la) señor(a): HERNANDEZ SOTO ESTEBAN JOSE identificado(a) con CC: 1102827881, se encuentra afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la Caja de Compensación de Córdoba Comfacor EPS-S, en calidad de CABEZA DE FAMILIA según informacion contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Informacion del Afiliado	
Estado Afiliado	AC(Activo)
Fecha Afiliacion	01/04/2016
Municipio	SINCELEJO
Nivel	1
Discapacidad	Ninguna
IPS Primaria	E.S.E UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE

Con destino a:

A QUIEN INTERESE

Informacion sujeta a verificación por parte de Comfacor EPS-S, cualquier aclaracion con gusto será antendida en la línea 018000515514 - Documento no válido como autorización de traslado - No válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

Comfacor EPS-S

Elaboró:VARELA ALVAREZ WALQUIN

Fecha Generacion: 2018-12-19 15:29

Codigo Verificacion:CER-181219152902

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1102827881,** se encuentra afiliado (a) desde **14/08/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

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



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.102.827.881 Numero de Documento	Positiva ARL

Esteban	Jose	Hernandez	Soto
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

05/01/1989	Sincelejo/Sucre	Cra 14 #44-55	3013459842
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Confacor EPS - Salud	Colpensiones AFP - Pensiones	$ 6,000,000 Honorarios
Medico General Objeto Contractual (Cargo)		 Fecha Inicio del Contrato
luis1101.eh@gmail.com Correo Electrónico	3013459842 Celular	

Esteban Hernandez Soto
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.


Netflix
Facebook
(2) Stick Figure – "Above the Sto
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 21:25:53 horas del 16/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1102827881
Apellidos y Nombres: HERNANDEZ SOTO ESTEBAN JOSE
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
ESP
9:26 p. m.
16/12/2018

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119269309

WEB
08:28:22

Bogotá DC, 17 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ESTEBAN JOSE HERNANDEZ SOTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1102827881:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de diciembre de 2018, a las 08:29:58, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	1102827881
Código de Verificación	1102827881181217082958

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2616483

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 8:32 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CIENTO DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN**

1102827881

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_S9U5S_328
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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

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

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

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

FECHA:	20/12/18	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Bogota D.C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Hernandez	Soto	Esteban	Jose		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.024823.881	Sincelejo / Sucre	2007/12/13
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
11/01/1989	Sincelejo / Sucre	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A)	CASADO ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		-	-	3073459842

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 14 # 44-55	Bogota D.C	Bogota. D.C	Colombia	3013459842

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
luis101.ch@gmail.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 ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA .... ☐			

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

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

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

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

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

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

FECHA:	20/12/18	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Bogota D.C

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernandez	Soto	Esteban	Jose

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	1.024527.581	Sincelejo / Sucre	2004/12/13
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
11/01/1984	Sincelejo / Sucre	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	-	-	3013459842

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 14 # 94-55	Bogota D.C	Bogota. D.C	Colombia	3013459892

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
luisnoi ch@gmail.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)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	**CÓDIGO:** ET-CA-FT- 011 **VERSION:** 02 **FECHA:** 2017-08-22

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 admitire 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 efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado-Certificacion laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nomina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaracion de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los ultimos tres meses + declaracion de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los ultimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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 representacion legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

Centro Oriente E.S.E.

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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 – 42 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sariaf@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACION: 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.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Esteban Hernandez Soto

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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