Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 9:02:41
RODOLFO VALENTIN...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio ➔ Menú ➔ **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 Ayuda

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
189533	PS 1285 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	26 días para terminar *(15/01/2019 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO	86.443.000 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BARRIOS	DEL RIO	RODOLFO VALENTIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 9098185

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 9098185 D.M 13

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES DIC AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bolívar

CIUDAD Cartagena De Indias

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Km 2 via chia cajica. Hda. Fontanar Arce 26

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Chía TELEFONO 3008054674

EMAIL drbarriosdelrio@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1994
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	4	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	9	2010	No especificada
UN	8	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	2	2008	
UN	12	X		MEDICO	8	2002	6415/2003

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-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*
CLINICA COLOMBIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5948650	DIA 1 MES 6 AÑO 2011	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO DE TORAX	CIRUGIA	Cl. 23 No. 66 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 8 AÑO 2008	DIA 13 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO DE ToRAX	CIRUGiA	KRA. 14B No. 1 45 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	10	4
PRIVADO	7	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota, 14 Dic 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 9098185 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Chía

Dirección Km 2 via chia cajica. Hda. Fontanar Arce 26 **Teléfonos** 3008054674 3008054674

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
RODOLFO L BARRIOS OSORIO	9076277	PADRE
MARIA CONSUELO DEL RIO CONTRERAS	33157090	MADRE
RODOLFO BARRIOS SERNA	1072661671	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	$ 216.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 69.000.000,00
TOTAL	$ 285.000.000,00

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	50457100037	MANGA CARTAGENA	$ 7.116.809,00
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102589702	CALLE PRIMERA	$ 12.654,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	CAMIONETA	$ 90.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

HELM BANK	LEASING	$ 250.000.000,00
BANCOLOMBIA	CRÉDITO DE LIBRE INVERCIÓN	$ 84.000.000,00

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
ASONEUMOCITO - CAPITULO CENTRAL	FISCAL

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
CLUB CAMPESTRE CARTAGENA	ACTIVO
ASONEUMOCITO	ACTIVO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ADRIANA MARGARITA SERNA LOZANO	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	52418327

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICO Y CIRUJANO

A

RODOLFO VALENTÍN BARRIOS DEL RÍO

C.C. No. 9.098.185 expedida en Cartagena (Bol.)

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

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 16 de agosto de 2002

EL DECANO

EL RECTOR

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.11153 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO

C.C. No. 9.098.185 Expedida en Cartagena
Cumplió con los requisitos del Programa Académico de

Especialización en Cirugía General

Le confiere el Título de

Especialista en Cirugía General

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma. Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,

a los veintiún (21) días del mes de febrero del año dos mil ocho (2008)

Rector | Director de Postgrados | Decano | Director del Programa | Secretario General

Registro 2083 Folio 124 Libro de Registro

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.11153 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO

C.C. No. 9.098.185 Expedida en Cartagena

Cumplió con los requisitos del Programa Académico de

Especialización en Cirugía del Tórax

Le confiere el Título de

Especialista en Cirugía del Tórax

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma. Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,

a los dos (02) días del mes de septiembre del año dos mil diez (2010)

Rector | Director de Postgrados | Decano | Director del Programa | Secretario General

Registro 5194 Folio 303 Libro de Registro

22828

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena de Indias - Colombia

ACTA DE GRADO No. 010

En la ciudad de Cartagena a los DIECISEIS (16) días del mes de AGOSTO DE 2002, se llevo a cabo la graduación COLECTIVA en ceremonia SOLEMNE por solicitud DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA a la Rectoría quien autorizó el acto mediante Resolución No. 1632 de fecha 5 DE AGOSTO DE 2002 por medio de la cual, otorga de acuerdo a la Ley y los estatutos de la Universidad, el título de: MEDICO Y CIRUJANO al ESTUDIANTE RO LFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO ,portador de la cédula de ciudadanía No. 9.098.185 expedida en CARTAGENA, a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del diploma que lo autoriza para el ejercicio profesional como: MEDICO Y CIRUJANO

Según las disposiciones legales vigentes.

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

Rector

Decano

Secretario General

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 13 de febrero del año 2008, según consta en el Acta No. 884 y Acuerdo No. 9298 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO
C.C. 9.098.185 de Cartagena

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

En ceremonia solemne del día 21 de febrero del año 2008, se le hace entrega del diploma No.21717, el cual aparece registrado con el No. 2083, al folio 124 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2008.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los veintiún (21) días del mes de febrero del año dos mil ocho (2008).

JAIME ESCOBAR TRIANA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

.. 073029

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 18 de agosto del año 2010, según consta en el Acta No. 946 y Acuerdo No. 10393 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO
C.C. 9.098.185 de Cartagena

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DEL TÓRAX

En ceremonia solemne del día 02 de septiembre del año 2010, se le hace entrega del diploma No.22828, el cual aparece registrado con el No. 5194, al folio 303 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2010.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los dos (02) días del mes de septiembre del año dos mil diez (2010).

CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 082197

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, RODOLFO VALENTÍN BARRIOS DEL RÍO 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:

CIRUGÍA GENERAL

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: CC 909885

Tarjeta profesional No: 9098185

Dirección de contacto:KM2 VÍA CHÍA CAJICÁ. HACIENDA FONTANAR. ARCE 26

Teléfono: 3008054674

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, RODOLFO VALENTÍN BARRIOS DEL RÍO 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 Y CIRUJANO

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: CC 909885

Tarjeta profesional No: 9098185

Dirección de contacto:KM2 VÍA CHÍA CAJICÁ. HACIENDA FONTANAR. ARCE 26

Teléfono: 3008054674

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, RODOLFO VALENTÍN BARRIOS DEL RÍO 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:

CIRUGÍA DEL TÓRAX

Cordialmente;

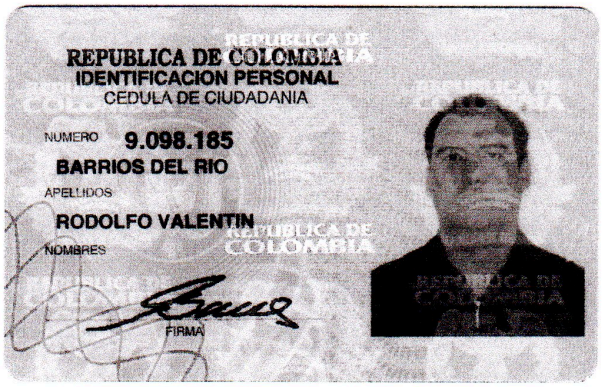
Firma 

No. de documento: CC 909885

Tarjeta profesional No: 9098185

Dirección de contacto:KM2 VÍA CHÍA CAJICÁ. HACIENDA FONTANAR. ARCE 26

Teléfono: 3008054674



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.098.185**

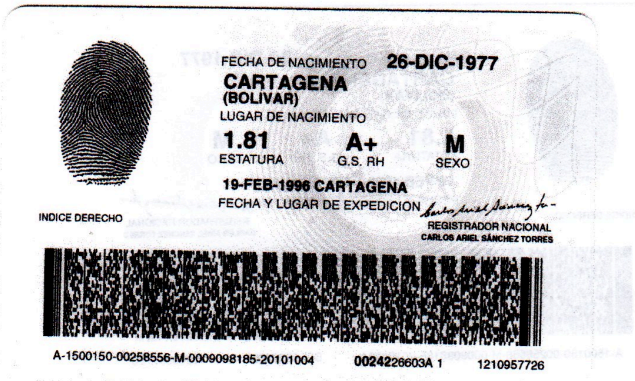
BARRIOS DEL RIO

APELLIDOS

RODOLFO VALENTIN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1977**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

19-FEB-1996 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00258556-M-0009098185-20101004 **0024**226603A 1 1210957726

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14229748505

(415)7707212489984(8020) 000001422974850 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 9 8 1 8 5	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	9 0 9 8 1 8 5	1 9 9 6 0 2 1 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRIOS	DEL RIO	RODOLFO	VALENTIN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

41. Dirección principal
VDA BOJACA AGP ALAMO CA 32 FONTANAR DEL RIO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
drbarriosdelrio@gmail.com		8 6 1 1 4 6 9	3 0 0 8 0 5 4 6 7 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:	47. Fecha inicio actividad:
8 6 2 1	2 0 0 8 0 2 2 1

Actividad secundaria

48. Código:	49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:	1	2

Ocupación

51. Código	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	1	6															

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic e

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 2

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

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: REY MORALES MARIA TERESA
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 9098185-8 RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO

Información General

Dirección KL 2 VIA CHIA CAJICA HACIENDA FONTANAR ALAMOS 32

Teléfonos 3008054674

Dirección electrónica drbarriosdelrio@gmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 23/08/2016

Soporte Inscripción 22441006

Fecha Inicio Actividades 21/02/2008

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: -

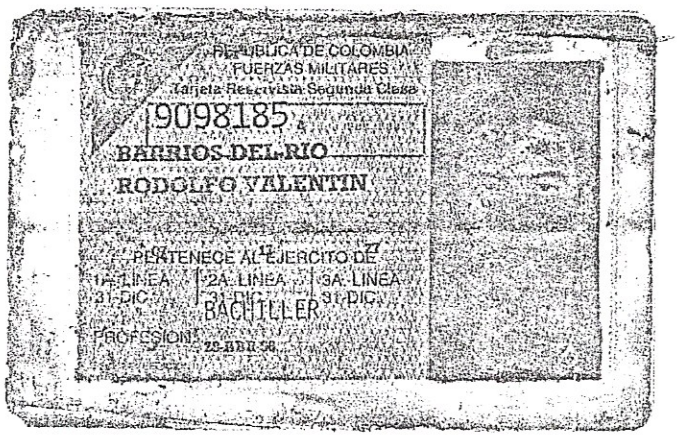
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001083212

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.


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
9098185
BARRIOS DEL RIO
RODOLFO VALENTIN
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA 31 DIC
2A. LINEA 31 DIC
BACHILLER
3A. LINEA 31 DIC
PROFESION: 29-ENE-96

GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

RODOLFO VALENTIN BARRIOS
DEL RÍO
C.C. 9098185



MEDICO
Universidad De Cartagena
Cartagena De Indias
Grado: 16/08/2002
Rethus: 09/09/2003

ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE TORAX

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE BOLÍVAR

RESOLUCIÓN NÚMERO 13006415 - 2

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE BOLIVAR

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994

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

Que RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO C.C. No. 6.098.135

De CARTAGENA ha solicitado el registro de su TITULO de MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

El 16 DE AGOSTO 2002

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaria de Educación de ETC CARTAGENA

Al Folio 260 del Libro 22 El 16 DE AGOSTO 2002

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Departamento de BOLIVAR durante el tiempo comprendido entre el 14 DE AGOSTO 2002

y 31 DE AGOSTO del 2003

RESUELVE:

ARTICULO UNICO : Autorizar a RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO

para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO

en todo el territorio nacional.

La Notaría Segunda del Círculo de Cartagena, Da Fe, Que esta copia coincide con el original que ha tenido a la vista
12 SET 2003
MARTHA LUZ MENDEZ DE CORDOSGOITIA

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la Ciudad de Cartagena, a los 09 SET. 2003

SECRETARIO DE SALUD DE BOLÍVAR (E).

JEFE DIVISION DE ASEGURAMIENTO Y SERVICIOS DE SALUD.

IMAGEN GRAFICA DEL CARIBE LTDA NIT 806 004 459-0 TEL 6643391

ReTHUS

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

9098185

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 9098185, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Tribunal de Ética Médica de Bogotá

Ley 23 de 1981

CERTIFICA

Que una vez revisado el archivo computarizado de esta Corporación, no se encontró que durante los últimos cinco (5) años **RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RÍO,** quien presenta la cédula de ciudadanía No. 9.098.185 de Cartagena (Bolívar) y Registro Médico No. 13-6415/2003 del Ministerio de la Protección Social, registre antecedentes disciplinarios.

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

La presente certificación se expide en Bogotá, D. C, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil dieciséis (2016).

TRIBUNAL SECCIONAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA D.C.
Presidencia

ÁLVARO ENRIQUE FACCINI DUARTE
Presidente

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tel. 2578308 - 6363720
Bogotá D. C.

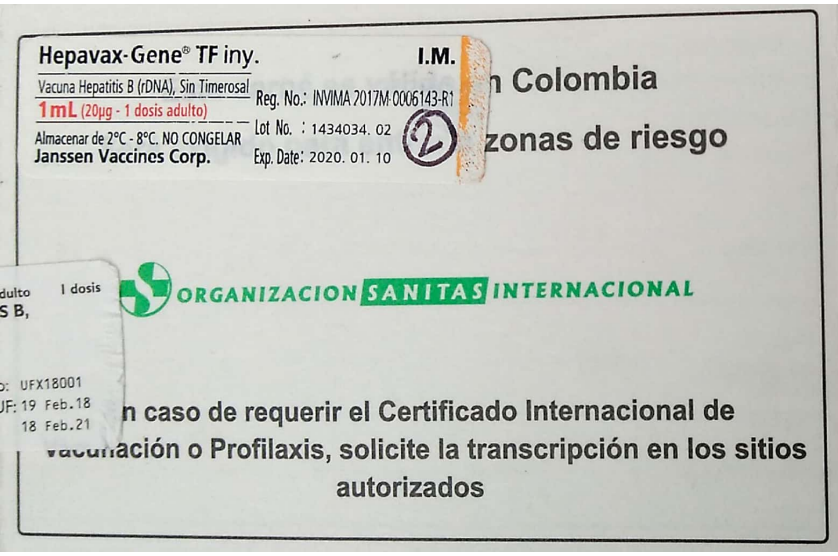
Biológico	Dosis	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Firma Vacunador
Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	Recombax 2018 ENE.		
	2	25 ABR 2019	1434034	
	3	08 AGO 2019		

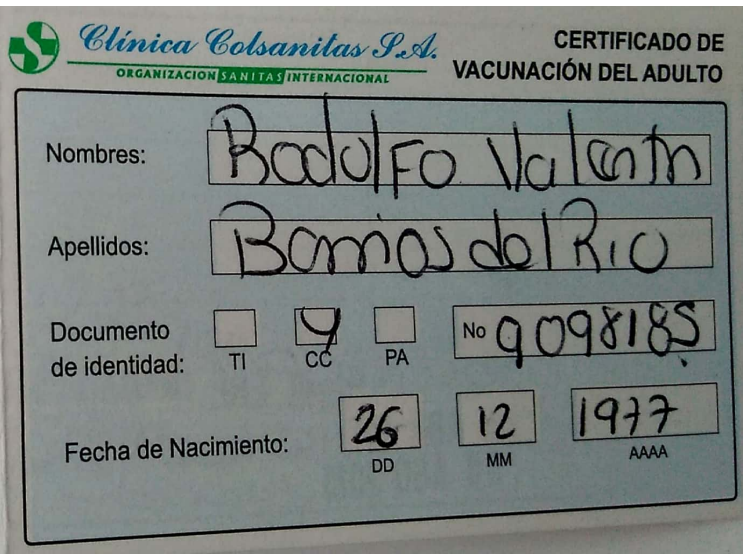
Biológico	Fecha DD/MM/AAAA	Fabricante y Lote	Validez	Firma Vacunador
Otras				
Observa				

Recomvax B – (HBsAg 20µg/1 ml) Adulto 1 do
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conservar entre +2°C - +8°C
No congelar
Via intramuscular
Ver inserto
Fab: LG Life Sciences Ltd. - Corea
Colombia: R.S. No. INVIMA 2006M-003900 R-1
IPM207182-1
Lot No: UFX17002
MANUF: 04 May 17
EXP: 03 May 20

Recomvax B – (HBsAg 20µg/1 ml)
VACUNA CONTRA LA HEPATIT
RECOMBINANTE
Conservar entre +2°C - +8°C
No congelar
Via intramuscular
Ver inserto
Fab: LG Life Sciences Ltd. - Corea
Colombia: R.S. No. INVIMA 2006M-003900 R-1
IPM207182-1
Lot N
MAN
EXP

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 10293



2993727

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 9098185-12198

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	15/11/2016 CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO	**Identificación:**	9098185
Género	MASCULINO **Edad:** 38	**Teléfono**	**Móvil:** 3008054674
Fecha Nacimiento:	26/12/1977	**Cargo:**	CIRUJANO (A) DE TORAX
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	HACIENDA FONTANAR ARCE 26	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACIÓN
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL SATISFACTORIO. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR. MONITOREO DE TENSIÓN ARTERIAL POR EPS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: NINGUNA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

NO

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

Dr. Carlos A. Cantor H.
Médico U. Nacional
Especialista Salud Ocupacional U.M.B.
Lic. 10293

CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA 10293
Médico Especialisa en Salud Laboral

RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO 9098185
Firma y cédula del Paciente

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO

C.C.: 9098185

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ 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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BARRIOS	DEL RIO	RODOLFO	VALENTIN

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	9,098,185	CARTAGENA	1996-02-19
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1977-12-29	CARTAGENA/BOLIVAR	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE	1	1	3008054674

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION/ OFICIO
MAGISTER POSGRADO X UNIVERSITARIO ACHILLER IMARIA TECNICO TECNOLOGO OTRO	CUAL:		CIUJANO DE TORAX

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KM 2 CHÍA-CAJICA HACIENDA FONTANAR ARCE 26	CHÍA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3008054674

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
DRBARRIOSDELRIO@HOTMAIL.COM		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SERNA	LOZANO	ADRIANA	MARGARITA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52418327	BOGOTÁ D.C	1995-04-12	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI NO X	SI NO X	SI NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						NIT
	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD X		900959051-7

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 N°5-43	3444484	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	CIRUJANO DE TORAX	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2008-08-01

Secretaria 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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	2,500,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	17,000,000	ARRIENDOS	6,000,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	8,000,000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	2,500,000	VEHICULOS	90,000,000	DEUDA VEHICULOS	50,000,000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	4,000,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**17,000,000**	**TOTAL EGRESOS**	**15,000,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**90,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**58,000,000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	MEDICINA PREPAGADA, SALUD Y PENSION		

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BENITORREBOLLO	**FRANCO**	**RICARDO**	**DAVID**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
MANGA 3RA AV	**CARTAGENA/BOLIVAR/COLOBIA**	**AMIGO**	**3012693586**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	**CUENTA DE AHORROS**	**50487100037**	**MANGA**	**6932132**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: **SI** ☐ **NO** ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACI☐ EXPORTACIO☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐PAGO SERVICIOS ☐A ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

HONORARIOS COMO CIRUJANO DE TORAX

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunto poder debidamente firmado y con presentación personal ante Notaria Publica

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 artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

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 9098185
NOMBRES Y APELLIDOS	Barrios Del Rio,Rodolfo Valentin
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Barrios Del Rio,Rodolfo Valentin, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

OLDMUTUAL
Hagamos Grandes Cosas Juntos

Dirección: Av. 19 # 109 A – 30
Teléfono: +57 (1) 658 4000 – 484 1300
Bogotá, Colombia
Línea Nacional: 01 8000 517 526
www.oldmutual.com.co

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A Quien interese

Que RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO identificado con cédula de ciudadanía número 9098185 se encuentra afiliado(a) a OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002468001, vigente desde el 1 de Julio de 2018 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 20 de Diciembre de 2018.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

9098185			BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
RODOLFO	VALENTÍN	BARRIOS	DEL RÍO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
26/12/77	CARTAGENA	HACIENDA FONTANAR -CHIA	3008054674
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
SANITAS	OLD MUTUAL		$7.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
CIRUJANO DE TÓRAX			16-ene-19
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
DRBARRIODELRIO@HOTMAIL.COM			3008054674
Correo Electrónico			Celular
Firma del Afiliado			Firma y Nombre Supervisor del Contrato
			C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119200160

WEB
21:25:16

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 9098185:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 21:27:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	9098185
Código de Verificación	9098185181213212713

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2611480

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 21:29 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **NUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO** de CAARTAGENA

9098185

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_3SJBY_2921
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 21:30:31 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **9098185**

Apellidos y Nombres: **BARRIOS DEL RIO RODOLFO VALENTIN**

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **11/10/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor RODOLFO VALENTIN BARRIOS DEL RIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **9098185**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488401799728**
Fecha de apertura	**11/10/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA