




Colombia Compra Eficiente

Buscar por procesosMenú

[Aumentar el contraste](#)  

UTC -5 15:10:37 

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 1400174 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones **DANILO EMBER MORALES HERRERA**,
DANILO EMBER MORALES HERRERA con el NIT 73161463 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 03-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORALES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERRERA	NOMBRES DANILO EMBER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 73161463	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NUMERO 73161463 D.M. 55	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES DIC AÑO 1973 PAÍS Colombia DEPTO Bolívar CIUDAD Cartagena De Indias	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KM 13 VARIANTE MADRID FACA CONJUNTO SABANA PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Madrid TELEFONO 8209324 EMAIL danilomh9@hotmail.es	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	1991

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TÉCNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X	MEDICO Y CIRUJANO	7 2000	73161463



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 03-dic-2018

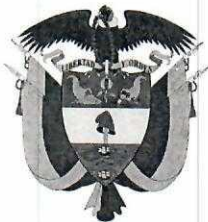
3 EXPERIENCIA LABORAL

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 SERVICIO DE SALUD SUR	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7428585	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA 18 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIA	K 20 47 B 35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL VISTA HERMOSA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 16 MES 1 AÑO 2014		DÍA 2 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIA	69 SUR 49 36	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5299966	DÍA 10 MES 10 AÑO 2008		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIA	K27 SUS	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 03-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
EJERCITO NACIONAL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7390759	DÍA 1 MES 7 AÑO 2008		DÍA 31 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	CONSULTA EXTERNA	KM 3 VIA USME	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LOCAL DE MARIALABAJA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bolívar	María La Baja		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
0	DÍA 22 MES 9 AÑO 2003		DÍA 4 MES 4 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIA	CL 20 8-78	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

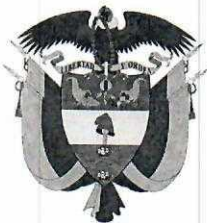
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	13	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	13	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, **DANILO EMBER MORALES HERRERA**

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 73161463 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Madrid

Dirección KM 13 VARIANTE MADRID FACI CONJUNTO SABANA **Teléfonos** 3002986220 8209324

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
YOLANDA HERRERA MARIN	33134554	MADRE
DANILO MORALES	9073996	PADRE
FABIAN MORALES GUERRA	1047510237	HIJO(A)
DANIELA MORALES GUERRA	1007515205	HIJO(A)
GABRIELA MORALES GUERRA	1013133093	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	\$ 130.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 130.000.000,00

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
DAVIVINEDA	AHORROS	004870412980	TUNAL	\$ 0,00
AV VILLAS	AHORROS	00562342	RESTREPO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	REK 883	\$ 28.500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
GIRAS Y FINANZAS	AUTOMOVIL	\$ 18.000.000,00
GIROS Y FINANZAS	CUPO ROTATIVO	\$ 8.000.000,00
FINALCO	LIBRE IMVERSION	\$ 8.000.000,00
ALMACENES FLAMINGO	TARJETA	\$ 3.000.000,00
COLPATRIA	TARJETA	\$ 2.200.000,00
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	\$ 500.000,00
muebles jamar	credito	\$ 8.000.000,00

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
-----------------------	--------------------

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


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 03-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

COLEGIO DE LA SALLE

Coriches, Páez Bolívar

Inscripción C.E. 006 Fol. 24-25 L

Maitana

Inscripción DANE: 313001-0062L

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Catagena Dpto. de: Bolívar a los 30 días del mes de Noviembre de 1.991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los

suscritos Rector y Secretario(a) en la Rectoría del COLEGIO DE LA SALLE

Institución aprobada hasta 11o. Grado en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el M.E.N. para otorgar el título de Bachiller en la modalidad ACADEMICO

según Resolución No. 1.000 de 13-Sept. de 1943

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación: DANILO EMBER MORALES HERRERA

T.I. # 731209-31102 de Catagena

Es fiel copia tomada del Libro de Actas Generales del Grado, Folio No. 10 Acta No. 16

de fecha Nov-30/91, que consta de 111 alumnos, comienza con el nombre de JHOHNS GERMAN

ALVAREZ ALVAREZ,

y se cierra con el nombre de LUIS CARLOS ZUÑIGA LIRAN,

Firmada y sellada por HNO. MOISES OBESO RODRIGUEZ Rector(a) y

IRMA CARMONA ROMERO Secretario(a)

Dado en Catagena a los días 30 del mes de Noviembre de 1.991

FIRMADO Y SELLADO

El Rector o Director

C.C. No. 207.676 de Bogotá

El Secretario,

C.C. No. 33.337.761 de San Juan

PARA DILIGENCIAR EXCLUSIVAMENTE EN LA SECRETARIA DE EDUCACION

Anotado para efectos legales, de conformidad con el Decreto 180 de Enero 29 de 1981, en el Libro de Registro de Diploma No. 10 Folio 4 Hoy 13 de Nov de 91

NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO DE CATAGENA
La presente Notaria es la que este documento en
Cada de Cate, en la que ha tenido a la vista

[Firma]



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de MEDICINA

CÓDIGO: M-52-3428-00

Otorgada a **DANILO EMBER MORALES HERRERA**
C.C. No. 73.161.463 de Cartagena -Bol.

En Barranquilla a los 21 días del mes de julio de 2000 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reúne en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C. No. 73.161.463 de Cartagena -Bol.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

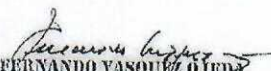
MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 21 días del mes de julio de 2000


EDUARDO ACOSTA BENDER
Rector


JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector


FERNANDO VASQUEZ OJEDA
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE
MEDICINA



EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO

DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C. No. 75 161 463 de Cartagena

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

[Firma]
Jesús Sosa de Barco

VICE RECTOR

[Firma]
Rector

RECTOR



ANEXO AL FOLIO 49 DE 17/96

21 10/96 10/96



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio De La Salle
De Cartagena

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional.
Según Resolución No. 1000 del 13 de Septiembre de 1943

Confiera:

Danilo Ember Morales Herrera

Identificado(a) con T.I. No. 731209-31102 de Cartagena

El Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y
programas vigentes.

Rector (a)

Secretario (a)

Cartagena 30 de Noviembre de 1991

Anulado al folio 9 Libro de Registro No. 16 Reg No. 0527

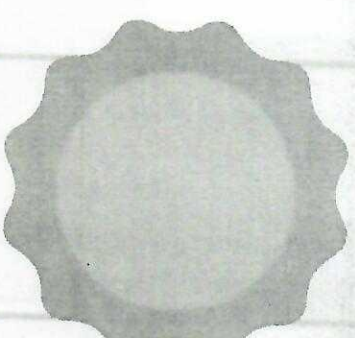
Secretaría de Educación Cultura y Recreación de Bolívar

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:



DANILO MORALES HERRERA

C.C.: 73161463

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


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


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





EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

DANILO MORALES HERRERA

C.C. 73161463

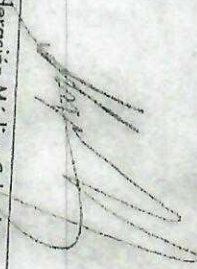
Realizó el curso de:
**ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES
DENGUE Y CHIKUNGUNIA**

PERSONA FISCAL

Intensidad horaria: 30 horas virtuales
Bogotá, 17 de octubre de 2015


Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano
en Salud


Ministerio de Salud y Protección Social
Elkin de Jesus Osorio Salazar
Director General de Promoción y Prevención


Federación Médica Colombiana
Sergio Icaza Villa
Presidente



EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

Certifica Que:

Daniño Ember Morales Herrera

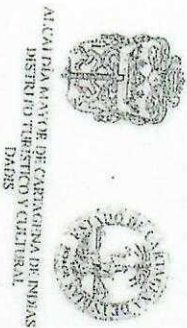
Identificado/a con cédula de Ciudadanía No. 73.161.463

Aprobó el curso clínico virtual AIEPI "Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia" realizado entre el 3 de Octubre de 2013 al 9 de Marzo del 2014, bajo la modalidad e-learning intensidad de 120 horas

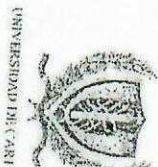

HÉCTOR JAVIER QUINONES ALBARRACIN
GERENTE.



Nuestro Compromiso: Salud con Calidad para Todos y Todas



ALCALDE MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS
DISTRITO TERRITORIO Y CULTURAL
INDIAS



UNIVERSIDAD DE CARTA

Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS)
en Convenio con la Universidad de Cartagena

CERTIFICA QUE

DANILO MORALES

D.I. 73161463

Asistió a la capacitación sobre

Estrategia Iniciativa Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia IIAMI

Realizado con una intensidad horaria de 24 horas

Cartagena de Indias D.T. y C., Mes D I C I E M B R E, día 06 de 2006

RICARDO J. ANANDOS JINÉNEZ
Subdirector Salud Pública

Angelo Lucifalo P.
ANILARO MONTALVO PRIETO
Coordinadora Proyecto - Universidad de Cartagena



NIL 830.036.387-6



CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que el señor MORALES HERRERA DANILO EMBER identificado con Cédula de Ciudadanía No. 73.181.463 de CARTAGENA DE INDIAS, laboró en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU ASIS CAMI OLAYA B016, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 16 de mayo de 2012 hasta el día 30 de julio de 2012 desempeñando el cargo misional de MEDICO GENERAL, con una asignación salarial de \$2.937,499.00 Mcte, mas un promedio de recargos por un valor de \$2.238,580.00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o labor determinada, cada uno con causa y objeto independiente entre si, que el trabajador de la referencia

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
Desde el día 1 de febrero de 2010	hasta el 17 de enero de 2011
Desde el día 18 de enero de 2011	hasta el 17 de enero de 2012
Desde el día 18 de enero de 2012	hasta el 6 de mayo de 2012
Desde el día 18 de mayo de 2012	hasta el 30 de julio de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Mayo de 2015.

NOTA: CUALQUIER ANOTACION EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente,

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue emitido a través de un sitio web, para verificar su validez comparezca al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PSA 271 110 09 02

SA
Servicios & Asesorías S.A.
Diamante en Servicios de Personal Temporal
LA SUSCRITA JEFE DE PERSONAL
CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **DANILO MORALES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **73.161.483**, labora como contratista para nuestra empresa cliente **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE** desempeñando el cargo de **MEDICO**, desde el **03 de Mayo de 2009** al la fecha.

Con un contrato por prestación de servicios, devengando una unos honorarios promedios mensuales de **\$4.280.000 (CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/L)**.

Se expide a solicitud a los **(19)** días del mes de **Noviembre** del **2009** en la ciudad de **Bogotá DC**.

Cordialmente

SA
Servicios & Asesorías S.A.
SHIRLEY DIMENEZ

Coordinadora administrativa y de personal



CAJÍ
CALLE 23 A No. 40-11
PAX: 524 3600 - 652 8400
FAX: 528 3408
CEL: 315 5501819
ya@serviasssrias.com.co

PEREIRA
CALLE 2 No. 12-25
TELS: 331 2551 - 331 0240
FAX: 331 0237
CEL: 315 575 9382
serviosp@telecel.com.co

MEDELLÍN
C/TA. 49 No. 45B-48
TEL: 250 8727/2004
FAX: 260 7503
CEL: 315 575 9576
syn@epn.net.co

BOGOTÁ, D.C.
CRA. 6 No. 48-28
P.B.J.C.: 323 0622 - 246 2044
FAX: 232 7331
CEL: 315 575 9573
syac@serviasssrias.com.co

BARRANQUILLA
CALLE 70 No. 60-03 Of. 11
C.C. LOS ROBLES
TELEFAX: 345 6821
CEL: 315 575 9591
serviasssrias@cel.net.co

IBAGUÉ
CALLE 12 No. 2-70 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 201 0128 - 203 2133
CEL: 310 465 5040

BUCARAMANGA
CUCUTA
CARTAGENA
Almado "ACOSSET"
www.serviasssrias.com.co

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE CORPORATIVOS DE COLOMBIA
"CORPOCOL"

HACE CONSTAR QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor (a) **MORALES HERRERA DANILO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No.73.161.463, asociado (a) de CORPOCOL desde el 10 de Octubre de 2008, presta sus servicios como **MEDICO**, en la empresa cliente HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE.

El señor (a) **MORALES HERRERA DANILO** recibe una compensación mensual promedio, con auxilios y beneficios de DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE. (\$ 2.574.000=) Su convenio de asociación y los servicios que presta están regulados por la Ley 79 de 1998 y el Decreto 4588 de 2006.

La vinculación del asociado es por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regimenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Esta constancia se expide a petición del asociado (a) a los 26 días del mes de Marzo de 2009.

Cordialmente,


CORPORATIVO DE COLOMBIA
JUAN CARLOS APONTE CASTRO
Representante legal
NIT. 830104878-8

Calle 49 No. 17 - 42 Of. 501
Teléfono: 285 5927
E-mail: corpocolcta@yahoo.com
Bogotá, D.C. - Colombia

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

**LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA
CERTIFICA QUE:**

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de , **MORALES HERRERA DANILO EMBER**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 73.161.463**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
01323 DE 2014	17 de enero de 2014	15 de febrero de 2014	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$4.449.600	VISTA HERMOSA
02298 DE 2014	16 de febrero de 2014	15 de mayo de 2014	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$13.348.800	VISTA HERMOSA
04513 DE 2014	16 de mayo de 2014	15 de noviembre de 2014	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$26.697.600	VISTA HERMOSA
08897 DE 2014	16 de noviembre de 2014	15 de enero de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$8.899.200	VISTA HERMOSA
00394 DE 2015	16 de enero de 2015	15 de mayo de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$18.448.000	VISTA HERMOSA
02703 DE 2015	16 de mayo de 2015	15 de septiembre de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$18.448.000	VISTA HERMOSA
04556 DE 2015	16 de septiembre de 2015	15 de noviembre de 2015	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$9.224.000	VISTA HERMOSA
05198 DE 2015	16 de noviembre de 2015	15 de enero de 2016	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$14.520.000	VISTA HERMOSA
00031 DE 2016	16 de enero de 2016	31 de mayo de 2016	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$38.913.750	VISTA HERMOSA
01870 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de agosto de 2016	MEDICO URGENCIAS, HOSPITALIZACION, PARTOS	\$25.942.500	VISTA HERMOSA
005113 DE 2016	1 de septiembre de 2016	7 de enero de 2017	MEDICO	\$32.048.794	SUBRED SUR
003268 DE 2017	8 de enero de 2017	14 de febrero de 2017	MEDICO	\$9.324.000	SUBRED SUR
004775 DE 2017	3 de marzo de 2017	VIGENTE	MEDICO	\$40.000.452	SUBRED SUR

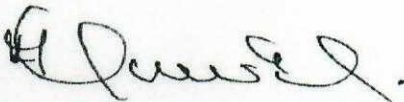
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

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

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

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153**. Código de Verificación L38=9M5SB

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE a los Doce (13) días del mes de julio del 2017**



MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
 PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Leidy Paola Henao Arcila	Tecnico Adminsitativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

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

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

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL



BATALLON DE TRANSPORTES "BATALLA DE TARAPACÁ"
DISPENSARIO MÉDICO CANTON SUR

EL SUSCRITO COORDINADOR DE TALENTO HUMANO DEL ESTABLECIMIENTO
DE SANIDAD MILITAR CANTON SUR

HACE CONSTAR:

Que el Señor OPS MORALES HERRERA DANILO, identificado con la cédula de ciudadanía No 73.161.463 DE CARTAGENA (BOLIVAR), presta sus servicios a este ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR CANTON SUR como MEDICO GENERAL, desde el 01 de julio del 2008, vinculado a la DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-DIRECCION DE SANIDAD DEL EJERCITO-BATALLON DE SANIDAD "SOLDADO JOSE MARIA HERNANDEZ"-CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL labora mediante contrato de prestación de servicios con su respectivos cortes, así:

Contrato actual 342 de prestación de servicios con LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOGOTA No. 5020. A favor del CONTRATISTA con un pago mensual por un valor de Dos millones setecientos noventa y ocho mil pesos mcte. (\$2.798.000,00). Se expide la presente constancia en la ciudad de Bogotá el Jueves 08 de Agosto 2013.

Cordialmente,

SP. CASTRO ALONSO ALVARO
Coordinador Talento Humano Disur

"FE EN LA CAUSA"
"2013 AÑO DEL ENTRENAMIENTO Y REENTRENAMIENTO DEL EJERCITO NACIONAL"
KM 3 VIA USME DISPENSARIO MEDICO CANTON SUR TELEFONO: 7360759 CEL 3204133838
disur_esm@hotmail.com



E.S.E. HOSPITAL LOCAL
MARIA LA BAJA

NIT. 806.010.788-1

Maria la Baja - Bolivar, 17 de Enero de 2008

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E.
HOSPITAL LOCAL MARIA LA BAJA

CERTIFICA

Que revisados los archivos que se manejan en esta dependencia se pudo constatar que el señor **DANILO MORALES HERRERA**, identificado con Cédula de Ciudadanía No 73.161.463 de Cartagena, Prestó sus Servicios Profesionales como Médico en el área de Urgencia en la E.S.E. Hospital Local Maria La Baja, desde el 1 de Mayo de 2003 hasta el 31 de Diciembre de 2004, luego mediante contratación a través de la cooperativa ETRACOMAR, desde el 02 de Enero de 2005 hasta el 31 de Marzo de 2007, y desde el 01 de Abril de 2007 hasta la fecha mediante Orden de Prestación de Servicio según Ley 80 Art. 32 i 993, en la E.S.E. Hospital Local Maria La Baja.

El presente certificado no presenta Tachaduras ni Enmendaduras y se expide por petición del interesado.


DAYSIDE LEON ISAZA
Jefe de recursos Humanos E.S.E. Hospital

E.S.E. HOSPITAL LOCAL
Calle 20 No 8-78 MARIA LA BAJA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

73.161.463

MORALES HERRERA

DANILO EMBER

Daniilo Morales Herrera



FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1973

CARTAGENA
(BOLIVAR)

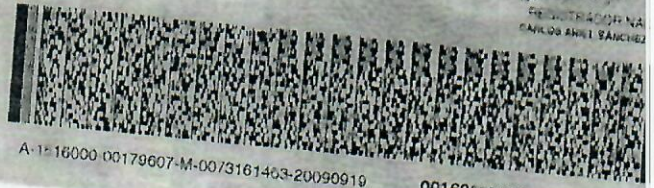
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G S RH SEXO

09-MAR-1992 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



A-1-16000 00179607-M-0073161403-20090910 0016256324A 1 1840102

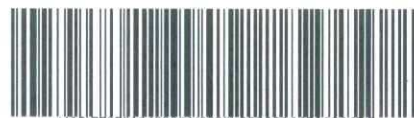
REPUBLICA DE COLOMBIA
DANILO EMBER HERRERA

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14451134455



(415)7707212489984(8020) 0000014451134455

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

4 5 5 1 7 3 7 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

4 5 5 1 7 3 7 1

27. Fecha expedición:

1 9 9 3 0 3 0 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio:

Cartagena

0 0 1

31. Primer apellido

GUERRA

32. Segundo apellido

VASQUEZ

33. Primer nombre

FABIOLA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio:

Madrid

4 3 0

41. Dirección principal

KM 13 VTE MADRID FACA CONDOMINIO SABANA PIJAO

42. Correo electrónico:

fague37@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

8 2 0 9 3 2 4

45. Teléfono 2:

3 2 1 2 6 1 4 5 2 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 6 1 2

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

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																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 1 1 7

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 GUERRA VASQUEZ FABIOLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE





Libertad y Orden

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

13 4645/ 2002 Registro No.
Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos

DANILO EMBER MORALES HERRERA

C.C. o C.E.

C

73161463

De

CARTAGENA

Institución de Educación

U

METROPOLITANA

Ciudad

BARRANQUILLA

Código

359/01

Fecha de Expedición

27/08/08

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DANILO EMBER

MORALES HERRERA

C.C 73161463

MEDICO(A)

[Signature]
SECRETARIO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

Expedicion 30/12/2009

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

73161463

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-013110

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
MANIFIESTA:**

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **DANILO MORALES HERRERA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 73.161.463 de cartagena T.P. o R.M. No. 4645/2002 expedida por secretaria de salud de bolivar, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veintidós (22) días del mes de Noviembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente



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

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Daniela**
Apellidos: **Morales**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte No. **73161463**
Fecha de Nacimiento: Día **09** Mes **12** Año **1973**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico	1	14-04-2009	EU 408625	<i>[Signature]</i>
Difitérico Td	2	14-04-2009	EU 603621	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	14-06-2009	AA11842-P2	<i>[Signature]</i>
	2	14-07-2009	AA11842-P2	<i>[Signature]</i>
	3	14-01-2010	AA11842-P3	<i>[Signature]</i>

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	UNICA	21 NOVEMBER 2012	1203501 V.12 2012	DEFENSARIO ESCR. MARIA CONSUELO
Otras				



CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS PERSONALES									
EMPRESA :		PARTICULAR						FECHA: 12/01/2018	
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	--	OTRO	--	CUAL	-----
NOMBRES:		DANILO EMBER			APELLIDOS:			MORALES HERRERA	
					C.C			73,161,463	
EXAMENES COMPLEMENTARIOS									
KOH UÑAS		----		COPROLOGICO		----		FROTIS DE GARGANTA	
CULTIVO FARINGEO		----		VISIOMETRIA				OPTOMETRIA	
SEROLOGIA:		---		AUDIOMETRIA		---		ESPIROMETRIA	
OTROS : ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO									
HISTORIA OCUPACIONAL									
CARGO A DESEMPEÑAR:				MEDICO GENERAL					
CONCEPTO EVALUACIÓN MEDICA									
APTO PARA EL CARGO		-----		APTO CON RECOMENDACIONES		X		APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		---		APTO CON RECOMENDACION PARA MANIPULAR ALIMENTOS		---		APTO CON RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		---		APTO CON RECOMENDACION PARA TRABAJO EN ALTURAS		---		APTO CON RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS	
PERIODICO:		SATISFACTORIO		---		NO SATISFACTORIO		---	
PUEDE CONTINUAR CON SUS LABORES BAJO LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:									
EGRESO:		SATISFACTORIO:		-----		NO SATISFACTORIO:		-----	
APLAZADO:		---		-----		MOTIVO:		-----	
RECOMENDACIONES:		HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROGRAMA EMPRESARIAL, CAPACITAR EN PLAN DE EMERGENCIA, RIESGO ERGONOMICO.REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO Y NUTRICION GENERAL POR SU EPS.							
REQUIERE SEGUIMIENTO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA: -----									
REMISIONES:		-----							

IMPORTANTE: Señor trabajador a partir de la fecha usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del Médico Especialista en Salud Ocupacional registradas en este documento. DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Manifiesto con mi firma que no omití datos relevantes sobre mi estado de salud que pudiese influir en la evaluación médica, y que las respuestas dadas por mí durante los exámenes en este documento son ciertos.

Dr. Jairo A. Huertas C.
MEDICO ESPECIALISTA S.O
R.M. 10111/12 R.13488

DR. JAIRO ALBERTO HUERTAS CONTRERAS
RM 10111/12 L.S.O 13488
MEDICO ESPECIALISTA S.O

Daniilo Morales Herrera
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC.No 73161463

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:

DANILO MORALES HERRERA

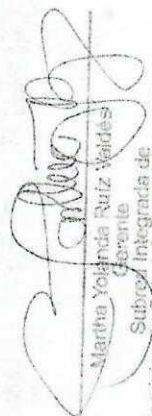
C.C.: 73161463

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


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


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

 **GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS**
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DANILO EMBER MORALES HERRERA
C.C. 73.161.463
Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA
(SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (20 Horas.)
Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

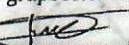
FECHA DE REALIZACIÓN: 08 DE JULIO DE 2017
FECHA DE VENCIMIENTO: 08 DE JULIO DE 2019

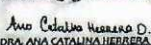
"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El portador esta capacitado y entrenado para salvar vidas.

Entrenate con nosotros.
310 7451759
grupocolombianoemergencias@gmail.com


DR. JUAN PABLO SALGADO C.
DIRECTOR CIENTÍFICO - NEUROQUIRÚJANO
ENTRENADOR BLS ACLS (AHA)
REGISTRO MEDICO NO. 3851905


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
B1 MEDICINA INTERNA
PDR NO. 10570546
INSTRUCTOR BLS ACLS GEL

www.grupocolombianoemergencias.com

 **GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS**
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DANILO EMBER MORALES HERRERA
C.C. 73.161.463
Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA
(SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO SVA ACLS) (48 HORAS.)
Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE ENTREGA
09 DE JULIO DE 2017

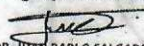
FECHA DE RENOVACIÓN
09 DE JULIO DE 2019

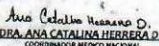
"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El portador esta capacitado y entrenado para salvar vidas.

Entrenate con nosotros.
310 7451759
grupocolombianoemergencias@gmail.com


DR. JUAN PABLO SALGADO C.
DIRECTOR CIENTÍFICO - NEUROCIRUJANO
ENTRENADOR BLS ACLS (AHA)
REGISTRO MEDICO NO. 3051005


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADORA MEDICA NACIONAL
DE MEDICINA INTENSIVA
R.M. NO. 104071548
INSTRUCTORA BLS ACLS

www.grupocolombianoemergencias.com



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
 CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
 EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DANILO EMBER MORALES HERRERA
C.C. 73.161.463
*Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
 Del Curso Taller*
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA
(SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (20 Horas.))
 Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
 Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE REALIZACIÓN
 08 DE JULIO DE 2017

FECHA DE VENCIMIENTO
 08 DE JULIO DE 2019

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
 CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
 EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

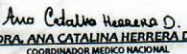
El portador esta capacitado y entrenado para salvar vidas.

Entrenate con nosotros.

310 7451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com


DR. JUAN PABLO SALGADO C.
 DIRECTOR CIENTIFICO - NEUROCIRUJANO
 ENTRENADOR BLS ACLS (AHA)
 REGISTRO MEDICO NO. 20511/05


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

www.grupocolombianodeemergencias.com

 **GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS**
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DANILO EMBER MORALES HERRERA
C.C. 73.161.463
Cumplió Satisfactoriamente Con Los Lineamientos Y Actitudes
Del Curso Taller

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA
(SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO SVA ACLS) (48 Horas.)
Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud
Licencia No 4461 De 29/04/2011.

FECHA DE ENTREGA
09 DE JULIO DE 2017

FECHA DE RENOVACIÓN
09 DE JULIO DE 2019

"Lo Bueno Del Grupo Es Estar En El"

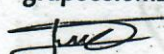
GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

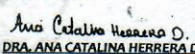
El portador esta capacitado y entrenado para salvar vidas.

Entrenate con nosotros.

310 7451759

grupocolombianoemergencias@gmail.com


DR. JUAN PABLO SALGADO C.
DIRECTOR CIENTIFICO - NEUROQUIRUGANO
ENTRENADOR BLS ACLS (AHA)
REGISTRO MEDICO NO. 2051/05


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RIM NO. 400710546
INSTRUCTOR BLS ACLS CCE

www.grupocolombianoemergencias.com

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

FECHA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
	Bogotá	Bogotá

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORALES	Herrera	Daniilo	Ember.
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		73161463	9-3-1992
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
	Cartagena	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐			Medico
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
K13 Variante modificada	Madrid	Cundinamarca	Colombia
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
danilomh9@hotmail.es		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GUERRA	VASQUEZ	FABIOLA	
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		45517371	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA... ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CII U ACTIVIDAD ECONOMICA
	NO ☐	ICA	SI ☒ NO ☐	8299
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒			

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☒ VICIOS ☐ LUD ☐	NIT	800215303-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	NANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐
OTRA ☒	CUAL: <u>X. salud.</u>	NOLOGIA ☐	BIENES ☐	ME ☐
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DJ34 5-43	3444484	Bogota	Bogota	Colombia
CARGO ACTUAL	Medico.		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	3.000.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	10.000.000	ARRIENDOS	1.700.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	8.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	600.000	VEHICULOS	23.000.000	DEUDA VEHICULOS	12.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	12.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	3.500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	10.000.000
TOTAL INGRESOS	10.000.000	TOTAL EGRESOS	8.800.000	TOTAL ACTIVOS	23.000.000	TOTAL PASIVOS	42.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Jimenez	Gomez	Glenia	Esther
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
	Bogota.	Amiga.	3045774757

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
Muebles Tamor cupo rotativo			Cartagena.	6949000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PROMOS ☐	PAGOS ☐	OTROS ☐
					CUAL: <input type="text"/>

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Medico

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

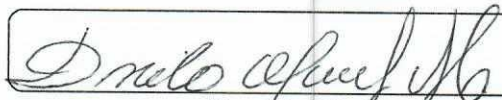
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlafts@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.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 Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



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

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) **DANILO EMBER MORALES HERRERA** identificado(a) con cedula ciudadania 73.161.463, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	330

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUB RED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10426134

CER-AFI



DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

73161463

Numero de Documento

SURA

ARL

DaniLO | Embar | Morales | Herrera

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

09/12/1973 | Cartagena km 13 variante mar del. 8209324

F. Nacimiento dd/mm/aa

Ciudad de Nacimiento

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 5.000.000

Honorarios

Medico

Objeto Contractual (Cargo)

02-10-2018

Fecha Inicio del Contrato

danilomh9@hotmail.es

Correo Electrónico

3002986220

Celular

DaniLO

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118214611



WEB
10:14:46
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANILO EMBER MORALES HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 73161463:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 22 de noviembre de 2018, a las 10:13:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	73161463
Código de Verificación	73161463181122101351

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2018 - 9:47 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DANILO EMBER MORALES HERRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES** de CARTAGENA

73161463

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_4J3T_479

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:15:43 horas del 22/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **73161463**

Apellidos y Nombres: **MORALES HERRERA DANILO EMBER**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/02/16

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **FABIOLA GUERRA VASQUEZ**
con Cédula de Ciudadanía número 45517371
de **CARTAGENA DE INDIAS-BOLIVAR**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 456170248680
Fecha Apertura 2018/02/16

Cordialmente,

