

Buscar por proceso | Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA,

RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA con el NIT 3249286 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 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*
ORTIZ	BAYONA	RAFAEL ANGEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 3249298

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 3249298 D.M 32

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 MES MAY AÑO 1954

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

CIUDAD Bucaramanga

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 88 NUMERO 139-35

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8034667

EMAIL raobayona@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1974
										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	1		X	ANESTESIA CARDIACA	5	1995	No especificada
ES	6	X		ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	3	1989	10403
UN	12	X		SIN REGISTRAR	12	1984	No especificada
UN	8		X	SIN REGISTRAR	6	1978	No especificada

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

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	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7427001	DIA 15 MES 2 AÑO 1996	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO ANESTESIOLOGO	SALAS DE CIRUGIA	CARRERA 22 NUMERO 47 B 15 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	22	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	22	9

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 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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

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, RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 3249298 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CARRERA 88 NUMERO 139-35 **Teléfonos** 3152937925 8034667

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Maria Alejandra Ortiz Salazar	1070924831	HIJO(A)
Diana Sofia Ortiz Salazar	1016072052	HIJO(A)
Ana Carolina Ortiz Salazar	1070924832	HIJO(A)
Laura Catalina Ortiz Salazar	1070924830	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	$ 116.892.882,00
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	$ 116.892.882,00

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
BBVA	AHORROS	0074000200095290	Las Aguas	$ 500.000,00
Bancolombia	AHORROS	04894145264	Calle 72	$ 200.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
FINCA	VEREDA CARRASQUILLA - TENJO	$ 350.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
ASMEDAS	VOCAL
COLEGIO MEDICO DE CUNDINAMARCA	ADSCRITO

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
Claudia Virginia Salazar Monroy	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	51685030

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

REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DE SANTANDER

EL COLEGIO DE SANTANDER

BUCARAMANGA

Aprobado por Resolución No. 1219 de Noviembre 4 de 1944 del
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

El Suscrito NOTARIO PRIMERO DE BUCARAMANGA hace constar que la presente copia fotostática es igual a un documento similar que me fue dado a la vista. 14 MAR. 1978

TENIENDO EN CUENTA QUE

Rafael Ortiz Bayona

terminó satisfactoriamente los estudios secundarios y fué aprobado en todas las pruebas y exámenes reglamentarios le confiere el Título de

BACHILLER

0383

En Bucaramanga, a 30 de Noviembre de 1974

Rector

Secretario

Gobernación de Santander

GOBERNADOR

SECRETARIO DE EDUCACION

Anotado al folio 492 No. 1260 del Libro de

Registro No. 46

DIRECTOR DE ENSEÑANZA MEDIA

HABILITADA
PARA
$ 10 00

Bucaramanga, 25 de Febrero de 1976

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Rafael Angel Ortiz Bayona

C.C. No. 3.249.298 EXPEDIDA EN El Colegio

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 21 de diciembre DE 1984

15 VII 86
10403

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTÁ
SECRETARIA DE SALUD

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 7977

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 11 DE diciembre DE 1984

ACTA No. 46 CONSIDERANDO QUE:

Rafael Angel Ortiz Bayona

C.C. No. 3.249.298 de El Colegio

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

Médico Cirujano



EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 6-154

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 21 DIAS DEL MES DE diciembre DE 1984

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

No.

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

Rafael Angel Ortiz Bayona

C.C. No. 3.249.298 DE EL COLEGIO
CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE
TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA
DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

Especialista en Anestesiologia

EN LA CIUDAD DE BOGOTA A 16 DE MARZO DE 1989

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

Nº0001832

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA

LA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

CERTIFICA :

Que el Doctor **RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA**, quien se identifica con Cédula Ciudadanía No. 3.248.238 de EL COLEGIO, cursó y aprobó las asignaturas correspondientes al plan de estudios de la Especialización en ANESTESIOLOGIA, se le otorgó el Grado de **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**, el diploma que se expidió correspondo al No. 001832, registrado al libro de Actas No. 1, Folio No. 87, Acta de Grado No. 53 del 18 de marzo de 1983.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de mayo de dos mil (2000).

Certificado No. 364

OLGA GOMEZ GOMEZ
Secretaria Académica

Janeth

CONGRESO NACIONAL
CIENTIFICO Y GREMIAL DE ASMEDAS

CERTIFICA QUE:

RAFAEL ORTIZ BAYONA

3.249.298

Participó en el

"CONGRESO NACIONAL CIENTIFICO Y GREMIAL DE ASMEDAS"

"LOS DETERMINANTES DE LA SALUD"

ESTADO, GOBERNABILIDAD, DEMOCRACIA, POLÍTICA, DERECHOS HUMANOS, DERECHOS CIVILES Y SOCIALES

"ALCANCE DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD"

INTENCIDAD TREINTA (30) HORAS

Agosto 8, 9 y 10 de 2013

Salón Rojo Hotel Tequendama Bogotá D.C., Colombia.

Dr. PEDRO A. CONTRERAS RIVERA
Presidente Junta Directiva Nacional

Dr. SALVADOR A. VARELA CADENA
Presidente Congreso

JORGE ENRIQUE PALOMINO TRUJILLO
Presidente Asmedas Cundinamarca

Asociación Médica Sindical Colombiana

ASMEDAS

Seccional Cundinamarca

Certifica que:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
SALUD
Secretaría de Salud

BOG BOGOTÁ POSITIVA

Rafael Ángel Ortiz Bayona

c.c. 3.249.298

Asistió al

2do. Congreso

ASMEDAS - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Realizado en Bogotá, D.C el 12 de junio de 2009.

WILLIAM FLYE CARNE M.D.
Presidente

JAIME CUERVO SAAVEDRA M.D.
Secretario

Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

Certifican Que:

RAFAEL ORTIZ

Asistió al

XVII CONGRESO INTERNACIONAL

DE DOLOR

En Calidad de Participante

24 Horas Académicas

Bogotá, Abril 10, 11 y 12 de 2008.

John Jairo Hernández

Presidente ACED

Dr. Alberto Ve...

Presidente SCARE

SOCIEDAD BOLIVIANA DE ANESTESIOLOGIA REANIMACION Y DOLOR FILIAL LA PAZ

FEDERACIÓN MUNDIAL DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, FEDERACIÓN SUDAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA

COLEGIO MEDICO REGIONAL EL ALTO

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES

PRIMERA JORNADA NACIONAL DE ANESTESIA EN LA ALTURA

"Prof. Dr. Carlos C. Castaños A."

PIONERO DE LA ANESTESIA EN LA ALTURA EN BOLIVIA

Certificado

Al (a) DR. RAFAEL ÁNGEL ORTIZ BAYONA

Por su participación en calidad de: CONFERENCISTA

PREVENSIÓN DE LA LESIÓN O DAÑO DEL MIOCARDIO

Los días 5, 6 y 7 de mayo de 2005 con 30 horas académicas.

El Alto, mayo de 2005

Dr. Mauricio Duchén Uriarte
PRESIDENTE SBARD LA PAZ

Dr. Bernardino Orgaz Miranda
PRESIDENTE JORNADA

Dr. L. David Flores Reinaga
COORDINADOR GENERAL

Dr. Edwin Trujillo Casanova
PRESIDENTE COLEGIO MÉDICO EL ALTO

Distribuidora Internacional de Medicamentos
LONGRIDGE MANAGEMENT S.A. (SUCURSAL BOLIVIA)

Representante en Bolivia de
Laboratorios RICHMOND

SOCIEDAD BOLIVIANA DE ANESTESIOLOGIA REANIMACION Y DOLOR FILIAL LA PAZ

FEDERACIÓN MUNDIAL DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, CONFEDERACIÓN LATINCAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, FEDERACIÓN SUDAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA

COLEGIO MEDICO REGIONAL EL ALTO

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES

PRIMERA JORNADA NACIONAL DE ANESTESIA EN LA ALTURA

"Prof. Dr. Carlos C. Castaños A."

PIONERO DE LA ANESTESIA EN LA ALTURA EN BOLIVIA

Certificado

Al (a) DR. RAFAEL ÁNGEL ORTIZ BAYONA

Por su participación en calidad de: CONFERENCISTA

MANEJO PRE-OPERATORIO Y TRANS-OPERATORIO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Los días 5, 6 y 7 de mayo de 2005 con 30 horas académicas.

El Alto, mayo de 2005

Dr. Mauricio Duchén Uriarte
PRESIDENTE SBARD LA PAZ

Dr. Bernardino Orgaz Miranda
PRESIDENTE JORNADA

Dr. L. David Flores Reinaga
COORDINADOR GENERAL

Dr. Edwin Trujillo Casanova
PRESIDENTE COLEGIO MÉDICO EL ALTO

Distribuidora Internacional de Medicamentos
LONGRIDGE MANAGEMENT S.A. (SUCURSAL BOLIVIA)

Representante en Bolivia de:
Laboratorios RICHMOND

SOCIEDAD BOLIVIANA DE ANESTESIOLOGIA REANIMACION Y DOLOR FILIAL LA PAZ

FEDERACIÓN MUNDIAL DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, FEDERACIÓN SUDAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA

COLEGIO MEDICO REGIONAL EL ALTO

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES

PRIMERA JORNADA NACIONAL DE ANESTESIA EN LA ALTURA

"Prof. Dr. Carlos C. Castaños A."

PIONERO DE LA ANESTESIA EN LA ALTURA EN BOLIVIA

Certificado

Al (a) DR. RAFAEL ÁNGEL ORTIZ BAYONA

Por su participación en calidad de: CONFERENCISTA

NUEVOS AVANCES DE INOTRÓPICOS Y ANTIARRÍTMICOS

Los días 5, 6 y 7 de mayo de 2005 con 30 horas académicas.

El Alto, mayo de 2005

Dr. Mauricio Duchén Uriarte
PRESIDENTE SBARD LA PAZ

Dr. Bernardino Orgaz Miranda
PRESIDENTE JORNADA

Dr. L. David Flores Reinaga
COORDINADOR GENERAL

Dr. Edwin Trujillo Casanova
PRESIDENTE COLEGIO MÉDICO EL ALTO

Distribuidora Internacional de Medicamentos
LONGRIDGE MANAGEMENT S.A. (SUCURSAL BOLIVIA)

Representante en Bolivia de:
Laboratorios RICHMOND

SOCIEDAD BOLIVIANA DE ANESTESIOLOGIA REANIMACION Y DOLOR FILIAL LA PAZ

FEDERACIÓN MUNDIAL DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA, FEDERACIÓN SUDAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA

COLEGIO MEDICO REGIONAL EL ALTO

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES

PRIMERA JORNADA NACIONAL DE ANESTESIA EN LA ALTURA

"Prof. Dr. Carlos C. Castaños A."

PIONERO DE LA ANESTESIA EN LA ALTURA EN BOLIVIA

Certificado

Al (a) DR. RAFAEL ÁNGEL ORTIZ BAYONA

Por su participación en calidad de: CONFERENCISTA

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Los días 5, 6 y 7 de mayo de 2005 con 30 horas académicas.

El Alto, mayo de 2005

Dr. Mauricio Duchén Uriarte
PRESIDENTE SBARD LA PAZ

Dr. Bernardino Orgaz Miranda
PRESIDENTE JORNADA

Dr. L. David Flores Reinaga
COORDINADOR GENERAL

Dr. Edwin Trujillo Casanova
PRESIDENTE COLEGIO MÉDICO EL ALTO

Distribuidora Internacional de Medicamentos
CONTRIBUTION MANAGEMENT S.A. (SUCURSAL BOLIVIA)

Representante en Bolivia de:
Laboratorios RICHMOND

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA 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:

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 3749298

Tarjeta profesional No: 10403

Dirección de contacto: K 88 N° 139-35 Diamante de SUBA

Teléfono: 3152937925

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.249.298**

ORTIZ BAYONA

APELLIDOS

RAFAEL ANGEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1954**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**A-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUN-1975 EL COLEGIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00111001-M-0003249298-20081024 **0004**800861A 1 1000019706

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14321307336

(415)7707212489984(8020) 000001432130733 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3249298	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadania 13	32492988	19750630

Lugar de expedición: 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	El Colegio 245

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	BAYONA	RAFAEL	ANGEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal:
CL 150 A 50 86 AP 304

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
rabayona@hotmail.com		3152937925	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	19890302					2221	

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	16																

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2014 11 27

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: OYOLA GUARNIZO LUIS VICENTE
985. Cargo: Analista I

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

Fecha: 13-07-2016
Hora: 12:24:20 PM

CONTRIBUYENTE NIT 3249298-9 RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA

Información General

Dirección CL 150A 5086 AP 304

Teléfonos 8034667

Dirección electrónica ROABAYONA@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 03/02/2010

Soporte Inscripción 13071282

Fecha Inicio Actividades 02/03/1989

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: 16000946830

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.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

Se expide el: domingo, 17 de julio de 2016 **Consecutivo Nro.:** **324929814971697**

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 17/07/2016, a las 10:28 a. m. el(La) señor(a) RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA identificado(a) con 7 No. 3249298, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo documento/elemento	Número	Descripción	Marca	Modelo
Libreta militar	3249298	La libreta es de Bucaramanga del Distrito		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 324929814971697.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

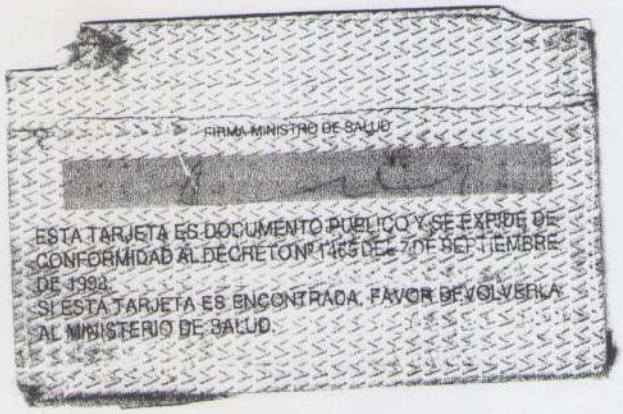

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SALUD


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3.249.298
ORTIZ BAYONA
APELLIDOS
RAFAEL ANGEL
NOMBRES
FIRMA


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro N°
Firma Medico
Nombres y Apellidos
3249298
COLEGIO
Universidad
Ciudad
Codigo
Fecha de Expedicion


FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1954
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
A-
G.S. RH
M
SEXO
30-JUN-1975 EL COLEGIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00111001-M-0003249298-20081024
0004800881A 1
1000019700


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Firma del Medico
Nombres y Apellidos
Universidad
DE COLOMBIA
Ciudad
Codigo
Fecha de Expedicion


FIRMA MINISTRO DE SALUD
ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1993.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

RAFAEL ANGEL
ORTIZ BAYONA

C.C. 3249298

MEDICO(A)

Expedicion 29/05/2013

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número **10403** 15 JUL 1986

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA con cédula de ciudadanía número 3.249.293 de EL COLEGIO(CUND) ha solicitado el registro de su TITULO

De MEDICO CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

El 21 DE DICIEMBRE DE 1.984

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

Al folio 10_0 del Libro 86 de 7 DEJULIO DE 1.986

Que CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL SERVICIO DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA

para ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO

en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

LIBARDO HERNANDEZ ESQUIVEL
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

sfg

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

Resolución No. 01 - 01420

30 MAY

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de la Especialidad Medica de Anestesiologia

EL DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO DE LA PRESTACION SERVICIOS DE SALU

En ejercicio de la facultad otorgada por el art. 5o. de la Ley 6o. de 1991, el Decreto 1132 de 19

y

CONSIDERANDO:

Que RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA,, con cédula de ciudadania No. 3.249.298 de El Colegio Cundinamarca, ha solicitado la autorización para el ejercicio de la Especialidad Medica ANESTESIOLOGIA, según TITULO que le otorgó LA UNIVERSIDAD NACIONAL COLOMBIA. Acta de Pos-Grad No.53 del 16 de Marzo de 1989 y Diploma No. 1832 del 16 Marzo de 1989.

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado en el folio 87 libro de Acta No. 1 de la Universidad Nacional de Colombia .

*Que mediante Resolución 10403 del 15 de Julio de 1986 , expedida por este Ministerio, se ordena autorizado para ejercer la profesión de **MEDICO CIRUJANO**, en el Territorio Nacional.*

Que el citado presentó la documentación exigida , según los requisitos establecidos en el articulo de la Resolución 01180 de abril 19 de 1999.

RESUELVE :

ARTICULO UNICO.- Autorizar a RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA,, con cedula de ciudadania No. 3.249.298 de El Colegio- Cundinamarca , Médico Cirujano, para ejercer la ESPECIALIDAD MEDICA DE ANESTESIOLOGIA, en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. á los 30 MAY

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Director General de la

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

3249298

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 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 **RAFAEL ÁNGEL ORTIZ BAYONA**, quien presenta la cédula de ciudadanía No. 3.249.298 de El Colegio (Cundinamarca) y Registro Médico No. 3249298 del Ministerio de Salud, registre antecedentes disciplinarios.

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

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

TRIBUNAL SECCIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTÁ D.C. Presidencia

OSWALDO ALFONSO BORRAEZ GAONA
Presidente

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	05072010	AC78646	Luisa
	2	03 05 2011	AM 28645	Luisa
	3	02022011	AM 45209	Luisa
	R	03032015	AC 72465	Luisa

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1?	08/VFA	x10	Luisa
	Refuerzo 2009	10? 7	años	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Hepatitis B	R	22.07.14	Beobrix Lot AC378084AA	Diana

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Rafael Angel Ortiz

Apellidos: Bayona

Documento de Identidad: C.C. T.I. Pasaporte 3249298

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 05 Año 1954

No. de Orden	: E01-1099761	No. Interno	: E01-1099761
Paciente	: ORTIZ BAYONA RAFAEL ANGEL	Edad	: 64 a 7 m 3 d
Documento Id	: 3249298	Teléfono	: 3152937925
Empresa	: PARTICULAR	E-Mail	: RAOBAYONA@hotmail.co
Sede	: LAGO	No. Autoriza:	

EO%NEU**VSGFOTOMET**HBA1C1**RBC**HGB**VMP**NRBC**MCH**WBC**PLAQ**CREA**VCM**NORMOB%**RDW CASLIZ2**

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia

HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C)

Paciente no diabético: Menor a 5.7%
Paciente en riesgo de diabetes: 5.7-6.4%
Paciente diabético controlado: 6.5 %- 7%
Objetivo glicémico: 7%

Valores de referencia tomados de "Standards of Medical Care in Diabetes -2017"

Tecnica: INMUNOTURBIDIMETRIA

Validó: Reg 1024511026 LEIDY BARBOSA PADILLA

NITROGENO UREICO (BUN)

NITROGENO UREICO (BUN)	21	mg/dl	8	-	23

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA

CREATININA SERICA

CREATININA SERICA	0.91	mg/dl	0.7	-	1.2

VALORES DE REFERENCIA:

NEONATOS:Prematuros : 0.29 - 1.04
Término : 0.24 - 0.85

Tecnica: ENZIMATICA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA

GLICEMIA BASAL

GLICEMIA BASAL	95.2	mg/dl	82	-	115

Tecnica: HEXOQUINASA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	9.85	UI/L	0	-	0

VALORES DE REFERENCIA:

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

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 1031142675 NATALIA GALINDO PATIÑO

MICROELISAS

VARICELA ZÓSTER AC IG M

VARICELA ZÓSTER AC IG M	0.87		0	-	0

VALORES DE REFERENCIA:

Negativo: Menor de 9
Dudoso: 9 - 11
Positivo: Mayor a 11

idime

01-E01-1099761

Fecha ingreso : 01/12/2018 06:35:33 AM
Fecha impresion : 05/12/2018 07:49:08 AM

No. de Orden	: E01-1099761	No. Interno	: E01-1099761
Paciente	: ORTIZ BAYONA RAFAEL ANGEL	Edad	: 64 a 7 m 3 d
Documento Id	: 3249298	Teléfono	: 3152937925
Empresa	: PARTICULAR	E-Mail	: RAOBAYONA@hotmail.co
Sede	: LAGO	No. Autoriza:	

EO%NEU**VSGFOTOMET**HBA1C1**RBC**HGB**VMP**NRBC**MCH**WBC**PLAQ**CREA**VCM**NORMOB%**RDW CASLIZ2**

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia

VARICELA ZÓSTER AC IG M
Tecnica: MICROELISA

Validó: Reg 1030647853 LAURA TELLEZ BLANCO

FIRMA

Director Operativo Laboratorio . -



LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

D M A C.C. / T.I.

4 12 2018

Nombre: Rafael Angel ORTIZ

Uso indicado:

Tipo de Lente: Progresivos
Color ATA

Observaciones: 29422

Alba Lucía Cabarique S.
Optómetra - U. de la Salle
R.M. 5160[illegible]

Dis. P		Alt.		Dr	
		ESPERA	CILINDRO	EJE	ADD
LEJOS	D	N -	175	x10	+200
	I	-025	-100	+165	+200
CERCA	D				
	I				

PROXIMO CONTROL:

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 6 - 21 Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular



Fecha	Documento	Nombre
2018-12-05	3249298	RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA
Sexo	**Nacionalidad**	**Ciudad**
Masculino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	**Edad**	**Lugar nacimiento**
1954-05-02	64 años, 7 meses y 3 días	SANTANDER

Estado civil	Telefono	Direccion	Empresa
Casado	3152937925	CALLE 150A N 50-86 APT 304	OTRA
Escolaridad	**Profesion**	**Oficio**	**Nit**
PROFESIONAL	ANESTESIOLOGO	ANESTESIOLOGO	00004

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
HOSPITAL GUAVIO	5 AÑOS	M3EDICO ANESTESIOLOGO	M,L,P	CARGA MENTAL	

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

- [ ] APTO CON PATOLOGIA (Que NO interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
- [ ] APTO SIN LIMITACIONES
- [ ] APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

Segun examenes solicitados por la empresa remitente

- [ ] EXAMEN DE INGRESO
- [ ] EXAMEN PERIODICO
- [ ] EXAMEN DE EGRESO
- [ ] APLAZADO

RAZON:

IMPRESION DIAGNOSTICA

AMETROPIA CORREGIDA.OBESIDAD GRADO LHIPERTENSION ARTERAIL.

- [X] HIGIENE POSTURAL
- [X] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
- [X] USA LENTES PERMANENTE
- [X] VALORACION POR S.O. ANUAL
- [X] CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO
- [ ] REMISION ESPECIALISTA
- [X] REALIZA PAUSAS EN SU LABOR
- [X] REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- [ ] ESQUEMA VACUNACION ADULTO
- [X] RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL
- [X] HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO
- [ ] CONTROL DE COMORBILIDAD EPS
- [ ] SEROLOGIA

YO Rafael Angel Ortiz Bayona identificado con cédula de ciudadania 3249298

Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Gloria Rincón Izquierdo
Med. Esp. Salud Ocupacional
R.M. 1936/2006
L.S.O. 7857/2013

Paciente: Rafael Angel Ortiz Bayona
Cédula: 3249298



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:

RAFAEL ORTIZ BAYONA

C.C.: 3249298

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 Noviembre de 2016

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

José Alfredo Morales Diaz
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.

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

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

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

FECHA:	20/11/18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUND.

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		
ORTIZ	BAYONA	RAFAEL	ANGEL		

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		3249298	LA MESA (CND)	30 VI 75
PASAPORTE	OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
9/05/54	B/manga	COL	COL.

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A)	CASADO(A) X	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	4	5	3157937925

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	ENFERMERO(A)

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 50 A 50 86	Bta	CUND	COL	—

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
raobayona@hot.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAZAR	MONROY	claudia	Virginia

TIPO DE IDENTIFICACION					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP		51685030	BOGOTA	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	$1000000
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....	

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	S.I.S.S CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
K4A N5-20		306077	CUND	COL

CARGO ACTUAL	MD ANESTESIOLOGO	FECHA VINCULACION	XII/2013

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	4'000000	AHORROS	30'000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	10.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	80'000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	600'000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	2'000.000	OTROS EGRESOS*	1'000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$0	TOTAL EGRESOS	$0	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	2'000.000 ESTUDIO		

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
ORTIZ	BAYONA	DIANA	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CL 71 # 70-82	Bogotá	Hermana	3012407582

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	ahorros	4912 6840 8873 4678	NIEVES	3207935839

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ | ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Honorarios de Anestesiología

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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. Asi 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.

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

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 sarlaffa@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.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

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

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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la 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 Titulo 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.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA identificado(a) con CC 3249298 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS**
Categoría:	**C**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 05 días del mes de diciembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **3249298,** con Número de Afiliación: **903249298100**, esta Administradora mediante resolución No. **120679** de **2018** le concedió pensión de **VEJEZ** registrando fecha de ingreso a nómina **Mayo de 2018.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Que para la NOMINA de **Diciembre** de **2018** en la Entidad **7-BANCOLOMBIA ABONO CUENTA - 48-BOGOTA CL 72 8 20 AV CHILE** No. de Cuenta **4894145264,** al pensionado(a) **ORTIZ BAYONA** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		*DEDUCIDOS*	
VALOR PENSION	*$ 8,217,980.00*	*SALUD NUEVA EPS S.A.*	*$ 986,200.00*
		FONDO SOLIDARIDAD	*$ 82,200.00*
TOTAL DEVENGADOS	*$ 8,217,980.00*	*TOTAL DEDUCIDOS*	*$ 1,068,400.00*
		NETO GIRADO	*$ 7,149,580.00*

Estado: **ACTIVO**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá, el día 08 de enero de 2019.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - 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

3249298	JURA
Numero de Documento	ARL

RAFAEL	ANGEL	ORTIZ	BAYONA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

2/05/54	Bucaramanga	K88 N° 139-35	—
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	COLPENSIONES	$ 10.000.000 -
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MD ESPECIALISTA	XII 2013
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

rao bayona@Hotmail.com	3152937975
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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

Medellín, 11 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA identificado(a) con cédula de ciudadanía 3249298 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 18/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C32492981834567024

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/12/2018 6.37 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118823383

WEB
09:26:30

Bogotá DC, 05 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) RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 3249298:

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 miércoles 05 de diciembre de 2018, a las 09:25:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	3249298
Código de Verificación	3249298181205092501

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2587125

Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 9:21 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) **RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO** de EL COLEGIO

3249298

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_2QIQM_219
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Logo

- Inicio
- Institución
- Contáctenos
- Preguntas Frecuentes

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:33:57 horas del 05/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **3249298**
Apellidos y Nombres: **ORTIZ BAYONA RAFAEL ANGEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

logo
logo
logo
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.
logo Presidencia de la República
logo Ministerio de Defensa Nacional
logo Portal Único de Contratación
logo Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **RAFAEL ANGEL ORTIZ BAYONA** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 3.249.298** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130074000200095290** aperturada el **02 de noviembre de 2012**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

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

9 dígitos: **074095290**
10 dígitos: **0074095290**
16 dígitos: **0074000200095290**

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

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **29** de **noviembre** de **2018** a las **10:27**, con destino a **Quien Interese.**



Firma autorizada autografiada
BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO