Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:26:32
EMILIO ANDRES RIV...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Id de página:: 14001307 Ayuda

Última Actualización 16h26

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0 Suscripciones

0 En edición

0 Adjudicaciones pendientes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado



Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.

MESA DE SERVICIO

Línea en Bogotá: 7456786
Línea Nacional: 018000 520808

Soporte técnico

Chat en línea

PQRSD

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

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: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RIVEROS	ALVAREZ	EMILIO ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 9431762

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 9431762 D.M 13

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES MAR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Casanare

CIUDAD Yopal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AV CARRERA 60 # 22-99

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7814286

EMAIL emilioa_riveros@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 1999
										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	8	X		ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	2014	854872007
UN	12	X		MEDICO GENERAL	12	2006	854872007

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* R	*LO HABLA* B	*LO HABLA* MB	*LO LEE* R	*LO LEE* B	*LO LEE* MB	*LO ESCRIBE* R	*LO ESCRIBE* B	*LO ESCRIBE* MB
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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: HOSPITAL SAN BLAS II IVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: carsema19@hotmail.com
TELÉFONOS: 2891100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: ORTOPEDISTA	*DEPENDENCIA*: ORTOPEDIA		*DIRECCIÓN*: TRANSVERSAL 5 ESTE No. 19 50 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contratacionsantaclaraese@gmail.com
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: MEDICO ORTOPEDISTA	*DEPENDENCIA*: ORTOPEDIA		*DIRECCIÓN*: CRA 14 B No. 1 45 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE YOPAL ESE SALUD	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 10 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 12 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: HOSPITALIZACION		*DIRECCIÓN*: CALLE 15 NUMERO 07 95

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	9	5
PRIVADO	0	0

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: 18-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	5

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 Bogotá 17/12/2018

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 9431762 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección AV CARRERA 60 # 22-99 **Teléfonos** 3114520167 7814286

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE EMILIO RIVEROS RIAÑO	9651493	PADRE
GILMA ALVAREZ MOLINA	23739913	MADRE

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	$ 9.000.000,00
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	$ 9.000.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	286000139605	YOPAL	$ 300.000,00
BANCO BOGOTA	AHORROS	102647260	AVENIDA PRIMERA	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	AUTOMOVIL JETTA GLI 1.8 T 2014	$ 50.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTA	TARJETAS DE CREDITO	$ 20.000.000,00
COOMEDAL	CREDITO	$ 40.000.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
AO TRAUMA FUNDATION	MIEMBRO

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

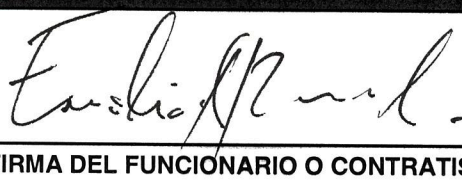
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

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. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.

TENIENDO EN CUENTA QUE

Emilio Andrés Riveros Alvarez

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 9.431.762 Yopal

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE

Médico General

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION
EN BOGOTA, D.C., A LOS catorce (14) DIAS DEL MES DE Diciembre DE Dos mil seis (2006)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

Registro No. 012083
Acta de Registro: Folio No. 156 Libro 02
Día 14 Mes Dic. Año 2006
Acuerdo 022 Oct 19/93 del Plenum
SECRETARIA GENERAL

DIPLOMA Nº 10304

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 1.2387 de Agosto 13 de 1981 ICFES

TENIENDO EN CUENTA QUE

Emilio Andrés Riveros Alvarez

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 79.431.762

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina - Posgrados

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
EL TÍTULO DE

Especialista en Ortopedia y Traumatología

EN FE DE LO CUAL, FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACIÓN
EN BOGOTÁ, D.C., A LOS doce (12) DÍAS DEL MES DE marzo DE dos mil catorce (2014)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA Nº 31307

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA
Sede Bogotá, D.C.
Registro ICFES No. 27094610000110011100

ACTA DE GRADO No. 511

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m., del día catorce (14) de Diciembre del año dos mil seis (2.006), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco", los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico de la Facultad de Medicina; con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de MÉDICOS GENERALES, debidamente autorizados por el Consejo Académico de la Facultad de Medicina según Acta No. 119 del 16 de Noviembre del año dos mil seis (2.006), al alumno que se relaciona a continuación, quien acreditó el cumplimiento del programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 022 del diecinueve (19) de Octubre de mil novecientos noventa y tres (1993).

Emilio Andrés Riveros Alvarez C.C. 9431762 de Yopal L.M.9431762 D.M.9

El graduando cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **MÉDICO GENERAL.**

Luego el doctor Jaime Villamizar Lamus, tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: JURAÍS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA. Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIEREÍS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO ÉL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se procedió a la nominación de graduandos y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. A continuación se efectuó la entrega de premios y la exaltación de algunos graduandos que fueron objeto de distinciones especiales. Estuvieron presentes en la solemne ceremonia las personalidades del Alma Mater, encabezadas por el doctor Jaime Villamizar Lamus, Rector; los Señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación correspondiente, y el Señor Rector, dio por terminada la ceremonia, siendo las 12:00 m. Para constancia se firma la presente Acta, en la ciudad de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2.006).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número **012083** anotado al folio número 156 del libro número 02 de fecha catorce (14) de Diciembre del año dos mil seis (2.006). Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2.006).

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
Secretario General

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADOS
Sede Bogotá, D.C.
ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ACTA DE GRADO Nº 1962

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día doce (12) del mes de Marzo del año dos mil catorce (2.014), se llevó a cabo el Acta de Graduación de la Facultad de Medicina - Postgrados en el cual la Fundación Universitaria San Martín, institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución Nº 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Academico de la Facultad, según consta en el acta de graduación No. 093 del día 17 de Diciembre del año 2.013 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

A:

Emilio Andrés Riveros Alvarez

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía Nº 94317e2

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma Nº 34827 con Número de Registro 26981, anotado al Folio 26981189 del Libro 24 de fecha doce (12) de Marzo del año dos mil catorce (2.014). Información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los doce (12) días del mes de Marzo del año dos mil catorce (2.014).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
RECTOR

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada de original en lo pertinente. Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de Marzo del año dos mil catorce (2.014).

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
SECRETARIO GENERAL

Call Center: +1 2561720 - Línea de Atención Nacional Gratuita 01 8000 117569 - www.usanmartin.edu.co

Bogotá D.C

Señores: Universidad San Martin.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Emilio Andres Rivera Alvarez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Medico General - Ortopedista y Traumatologo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 9431702

Tarjeta profesional No: 8548707.

Dirección de contacto: Calle 201B # 71A-53 int.6 apto 502

Teléfono: 3114520167.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 – 1
ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **RIVEROS ALVAREZ EMILIO ANDRES.** identificado con cédula de ciudadanía **9.431.762.** ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 0907 2014	del	20 de febrero al 31 de mayo de 2014
AS 2339 2014	del	20 al 30 de junio de 2014
AS 2474 2014	del	01 al 31 de julio de 2014
AS 2743 2014	del	27 de agosto al 10 de septiembre de 2014
AS 3887 2014	del	01 al 31 de octubre de 2014
AS 4691 2014	del	01 al 30 de noviembre de 2014
AS 5595 2014	del	30 al 31 de diciembre de 2014
AS 0769 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0769 2015. plazo de ejecución del 02 de enero al 31 de agosto de 2015. honorarios promedio mensuales ($15.770.190) y actividades como PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO ORTOPEDISTA.

Se expide la presente certificación a los diez y nueve (19) días del mes de agosto de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORO	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

EL SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

El señor **EMILIO ANDRÉS RIVEROS ÁLVAREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **9.431.762** de **YOPAL**, desarrolla sus actividades como **MÉDICO ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA** mediante contrato de prestación de servicios desde el 03 de Febrero de 2014, con una compensación mensual promedio de **CINCO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($5.400.000),** sin que este genere relación laboral entre las partes.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de agosto de 2015.

GELVER DIMAS GÓMEZ GÓMEZ
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.

GRUPO FUNCIONAL	FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
	Transcribió o elaboró	Lady Fernanda Cárdenas -Contratación		
	Revisado por	Cesar Segura -Contratación		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Así mismo, la información contenida en él, es precisa, correcta, veraz y completa, y por lo tanto, lo presentamos para la firma del Representante Legal.				

CERTIFICACIÓN SAF-17-2016-024

LA SUSCRITA, SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL HOSPITAL DE YOPAL E.S.E

CERTIFICA:

Que el Doctor EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ, identificado con cédula de ciudadanía N°9.431.762, prestó sus servicios como médico general en el área de materno y urgencias, desde el 21 de septiembre de 2007 y hasta el 31 de octubre de 2009, mediante orden de prestación de servicios.

Dada en Yopal, a los 25 días del mes de noviembre de 2016, a solicitud del interesado.

NURIA YARLEY BOHORQUEZ PEÑA
Subgerente Administrativa y Financiera

ANEXOS:

Proyectó y Elaboró: Dubis Sugey Pinto Rodriguez
Profesional Universitario
Revisó: Nuria Yarley Bohorquez Peña
Subgerente Administrativa y Financiera

GESTIÓN DOCUMENTAL
Original: Dr. Emilio Riveros
1° Copia: Archivo
Serie y Subserie: SAF -17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9431762

RIVEROS ALVAREZ
APELLIDOS

EMILIO ANDRES
NOMBRES

Emilio Andres Riveros
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1983
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-JUN-2001 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-4600100-70100892-M-0009431762-20020125 02065 02025B 01 108462421

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14329639448

(415)7707212489984(8020) 000001432963944 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 4 3 1 7 6 2 — 6 (6. DV)

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	9 4 3 1 7 6 2	2 0 0 1 0 6 2 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVEROS	ALVAREZ	EMILIO	ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal: CR 21 11 43

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
emilioa_riveros@hotmail.com		3 1 1 4 5 2 0 1 6 7	

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
8 6 9 9	2 0 0 6 1 2 2 6	8 6 2 1	2 0 0 6 1 2 2 6				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic e

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 5 0 3 0 9

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 LOPEZ HERRERA MEIBY JISETH

985. Cargo: Gestor

Fecha generación documento PDF: 09-03-2015 08:15:12AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-11-2016
Hora: 10:29:45 AM

CONTRIBUYENTE CC 9431762 EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ

Información General

Dirección KR 21 11 43

Teléfonos 3114520167

Dirección electrónica emilioa_riveros@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 20/08/2016

Soporte Inscripción 22439477

Fecha Inicio Actividades 26/12/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN COMUN

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y 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: 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 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001392335

Fuente ICA TE TOCA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 9431762

APELLIDOS Y NOMBRES
RIVEROS ALVAREZ
EMILIO ANDRES

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 - DIC 2013	31 - DIC 2023	31 - DIC 2033

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: 13-SEP-2006

COJE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2814458

EJ AHU 139

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

Libertad y Orden

85 487/2007 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

EMILIO ANDRES RIVEROS A.

C.C. o C.E. De

C 9431762 YOPAL

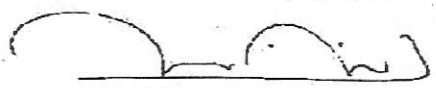
Institución de Educación Ciudad

F.UN SAN MARTIN BOGOTA

Código 61393/01 Fecha de Expedición 30/11/09

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

EMILIO ANDRES
RIVEROS ALVAREZ

C.C. 9431762

MEDICO(A)

Expedicion 13/02/2014

Idéntica S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

DIRECCION
DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTIA DE LA CALIDAD

RESOLUCIÓN NÚMERO 85- DE 2007

POR LA CUAL SE CONCEDE AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

EL SECRETARIO DE SALUD DE CASANARE
En uso de sus facultades legales y constitucionales y en cumplimiento del Decreto No 1875 de Agosto 3 de 1994, expedido por el Ministerio de Salud y

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

Que, **EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No 9.431.762 expedida en Yopal (Casanare), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **MEDICO** que le otorgo **LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN**, con acta de grado No 511 de fecha 14 de diciembre de 2006

Que dicho titulo se encuentra registrado al No 0122083, folio No 156 libro No 10

Que cumplio con el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** en la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD YOPAL**, en el Centro de Salud del Morro, del Municipio de en el Centro de Salud del Morro, del Municipio de Yopal del Departamento de Casanare, en el periodo comprendido entre el 15 de enero de 2007 hasta el 15 de julio de 2007

R E S U E L V E:

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ** identificada con Cedula de Ciudadania No 9.431.762 expedida en Yopal (Casanare) Para ejercer la profesión de **MEDICO** en todo el Territorio Nacional

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Yopal, a los

JOSE HERNAN NIÑO GUEVARA
Secretario de Salud de Casanare

Carrera 21 No 8 – 32 Tel.- 6356565- 6357777 Ext. 143 ax. 100
E-mail: ssalud@telecom.com.co sscas@hotmail.com
Yopal Casanare. (Colombia)

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 *

9431762

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).

C-008650

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **EMILIO ANDRÉS RIVEROS ÁLVAREZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 9.431.762 de YOPAL T.P. o R.M. No. 854872007 expedida por BOGOTÁ, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veinte (20) días del mes de Septiembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao G.

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

6113873

Nombre	RIVEROS ALVAREZ EMILIO ANDRES			Fecha de recepcion:	11-jun-2015 3:43 pm
Identificacion	CC 9431762	Tel.	3114520167	Fecha de impresion:	13-jun-2015 11:02 am
Edad	32 Años 3 meses 0 dias	Sexo	M	Empresa	SEDE AMERICAS
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	AMERICAS
No. Ordenamiento				Fecha Validacion	12-jun-2015 10:22:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000.00	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml

DUSTIN H. RINCON MIRANDA
C.C. 72,338,337
BACTERIOLOGO

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAI
C.C. 20,644,959
BACTERIOLOGA

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13 60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 2329
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Sede Calle 85: Calle 85 no. 12-15 • Tel: 236 3768 • Fax: 257 2012
E-mail: info@laboratoriocolcan.com • www.laboratoriocolcan.com • Bogotá - Colombia

m

CERTIFICADO OCUPACIONAL

Fecha	DÍA	MES	AÑO
	4	1	19

Consecutivo



DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre(s)	EMILIO ANDRES	Apellido(s)	RIVEROS ALVAREZ		
Número documento de identificación	9431762	EPS	SANITAS	ARL	BOLIVAR
Nombre de la empresa	HOSPITAL SANTA CLARA	Cargo actual o de ingreso	ORTOPEDISTA		

Tipo de examen	Ingreso	Periódico	Retiro	Accidente	Post incapacidad
	■	☐	☐	☐	☐

	DIAGNÓSTICO MÉDICO OCUPACIONAL	CIE 10
1.	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	Z100
2.	TRASTORNO DE REFRACCION CORREGIDO TIPO MIOPIA	H526
3.		

RESULTADO

■ Apto sin restricciones	☐ Sospecha de EP	APTO PARA INGRESAR A TRABAJAR POR NO PRESENT. PATOLOGIAS NI OTRAS ALTERACIONES .
☐ No apto	☐ Apto para alturas	
☐ Examen de retiro satisfactorio	☐ Aplazado	

RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES

1.	Habitos de vida saludable
2.	Nutrición y ejercicio
3.	Higiene postural
4.	Control periodico anual
5.	Corrección optica permanente
6.	
7.	

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL ASPIRANTE / TRABAJADOR	NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO OCUPACIONAL
DR. EMILIO A. RIVER... R.M. 48... ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ...EUDOM	Claudia Angarita Dra. Claudia Patricia Angarita Poblador Médico Especialista en Salud Ocupacional Res 4622/2014

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	RIVEROS ALVAREZ EMILIO ANDRES	**Identificación:**	CC 9431762
Genero:	Masculino	**Edad:**	32 AÑOS
Cargo:	ORTOPEDISTA	**Orden No.**	1398
Fecha de ingreso:	18/06/2015 02:45 p. m.	**Fecha de salida:**	18/06/2015 03:04 p. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	**Destino:**	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO DE INGRESO

Exámenes realizados:

Examen Medico De Ingreso

Concepto APTO

Restricciones:

Recomendaciones - Observaciones - Remisiones

HÁBITOS ALIMENTARIO, EJERCICIO MÍNIMO 3 VECES PÓR SEMANA , DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASA , Y CARBOHIDRATOS , PAUSAS ACTIVAS, ESTIRAMIENTO DE MIEMBROS SUPERIORES INFERIORES , BUENOS HÁBITOS SALUDABLES, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, CONTROL MEDICO POR EPS.

Incluir en SVE OSTEOMUSCULAR

Nombre Médico Evaluador
SUAREZ NARANJO DORA ELSY
Registro médico: 5050/09 Lic SO 504000/15

Paciente
RIVEROS ALVAREZ EMILIO ANDRES
CC 9431762

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:

EMILIO ANDRES RIVEROS

C.C.: 9431762

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CARNÉ DE PROTECCION RADIOLOGICA

No. **20662**

EMILIO ANDRES
RIVEROS ALVAREZ
I.D. 9431762-

MEDICO(A)

CATEGORIA 1

Expedicion 28/03/2016
Vencimiento 27/03/2020

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	DIC 17/2018	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
RIVEROS	ALVAREZ	EMILIO	ANDRES		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	9431762	YOPAL / CASANARE	2001-06-27
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-03-11	YOPAL / CASANARE	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO ☒ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			3114520167

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	MEDICO ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
AV CARRERA 60 NO. 22-99 INT 2 APTO 1904	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	8415690

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
emilioa_riveros@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARIZA	CORREA	JENNY	CAROLINA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1032378023	BOGOTA	2005-01-12	
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					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8621
	NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐		PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	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 ☒	S ☐ NO ☒	SUBRED CENTRO ORIENTE USS SANTA CLARA

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTO ☐ MEDICAMENTO ☐ ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIG 34 NO. 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO	FECHA VINCULACION	2014-01-01

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	$ 19,000,000	GASTOS FAMILIARES	$1,000,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$3,000,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$200,000,000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 4,000,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**19,000,000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 8,000,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 200,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 80,000,000**

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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARANGO	GARZON	ERIKA	ELIZABETH
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KM 4 VIA LA CALERA SOPO CONJUNTO MACADAMIA CASA 5D1	LA CALERA	AMIGA	3112195300

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	286000139605	BOGOTA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X ☒

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

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

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

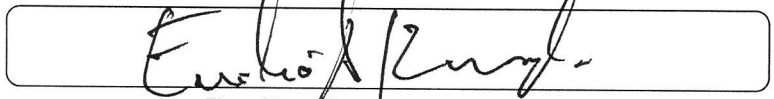
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113614661738

(415)7707212489984(8020)000211361466173 8

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
9 4 3 1 7 6 2	6	RIVEROS	ALVAREZ	EMILIO	ANDRES	4 4

24. Actividad económica: 8 6 2 1 | Si es una corrección indique: | 25.Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") | 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X"): X

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	51,052,000
	Deudas	30	151,672,000
	Total patrimonio líquido	31	0
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	225,015,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	28,696,000
	Renta líquida	34	196,319,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	59,298,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	59,298,000
	Renta líquida cedular de trabajo	37	137,021,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	40	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	42	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	218,000
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	46	218,000
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	218,000
	Pérdida líquida del ejercicio	51	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	53	218,000
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	0
	Costos y gastos procedentes	57	0
	Renta líquida	58	0
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	0
	Pérdida líquida del ejercicio	63	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	66	0

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	75	137,239,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	80	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	27,217,000
	De capital y no laborales	82	0
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	27,217,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
	Total impuesto sobre la renta liquída	88	27,217,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	92	0
	Impuesto neto de renta	93	27,217,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	96	27,217,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
	Retenciones año gravable a declarar	99	26,970,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	101	247,000
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	103	247,000
	Total saldo a favor	104	0

(415)7707212489984(8020)78551300000009431762040 0(3900)00000000000000(96)20180906

105. No. Identificación signatario | 106. DV | 107. No. Identificación dependiente: 9651493 | 108. Parentesco: hermano

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $: 0

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional

2018143577756 0

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 9431762
NOMBRES Y APELLIDOS	Riveros Alvarez,Emilio Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Riveros Alvarez,Emilio Andres, a los 18 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **9431762,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/04/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

9431762	SURA
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Emilio	Andres	Rivenos	Alvarez.

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
11/03/1983	Yopal	TV CR 60 # 22-99 INT 2 APTO 1904	8415690

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Sanitas		$ 19.000.000.

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Medico Ortopedista y traumatologo	16 ENE/19

Correo Electrónico	Celular
emilio9_rivenos@hotmail.com.	3114520167.

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120244792

WEB
12:30:29

Bogotá DC, 09 de enero del 2019

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) EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 9431762:

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 09 de enero de 2019, a las 12:47:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	9431762
Código de Verificación	9431762190109124750

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. 2668324

Bogotá D.C., 9 de Enero de 2019 - 12:39 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS** de YOPAL

9431762

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: 1_QNVZU_3912
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 13:12:49 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **9431762**
Apellidos y Nombres: **RIVEROS ALVAREZ EMILIO ANDRES**

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

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

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

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **20/09/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **9431762**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550286000139605**
Fecha de apertura	**11/01/2007**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA