Tunja _____ 2024

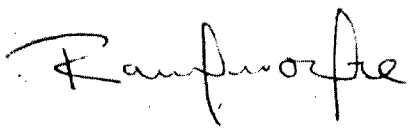
SEÑORES
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

ASUNTO: PROPUESTA ECONOMICA

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito informar que Yo, **RAUL ANDRES DUARTE PALMA** identificado con No CC **79.935.403** de Villavicencio, ofrezco mis servicios en UROLOGIA, con un valor de $ 10.000.000, hasta el 31 de diciembre 2024.

Cordialmente



RAUL ANDRES DUARTE PALMA

CC 79.935.403 de Villavicencio

MD Urólogo

Cel.3125166425

Código: TH-F-45	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 12	VERIFICACION REQUISITOS HOJA DE VIDA Y	Fecha: 20/05/2024

Nombre del Aspirante:	**RAUL ANDRES DUARTE PALMA**		
Numero documento de	79935403	Número de teléfono: 3125166425	
Oficio al que aspira:	**MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA**		

MODALIDAD DE VINCULACIÓN			
SERVIDOR PUBLICO	TRABAJADOR EN MISION	CPS	OTRO
		X	

REQUISITOS GENERALES DE HOJA DE VIDA	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
HOJA DE VIDA FORMATO DAFP (Según circular externa conjunta 004 de 2003 del DAFP y el Archivo General de la Nación)				
HOJA DE VIDA FORMATO SIGEP (contratistas)	X			
FORMATO Único Declaración Juramentada De Bienes y Rentas (Circular externa 002 de 2014 del DAFP)				
DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Ley 2013 de 2019) (contratistas y personal de planta segun el cargo)	X			
Formato Declaracion situacional de conflicto de intereses servidor publico o contratista. TH-F-67				
Formato de declaracion de intereses particulares de personal en mision. TH-F-92				
Fotocopia de Cédula AL 150%	X			
Pasaporte (solo aplica para extranjeros)				
Cetificado de Situación Militar menores de 50 años (Ley 1780 de 2016 y los artículos 11 y 42 de Ley 1861 de 2017)	X			
Consulta de Antecedentes: 1. Judiciales 2. Fiscales 3. Disciplinarios 4. Medidas correctivas Teniendo en cuenta que ninguna persona esta obligada a presentar este documento, la institución debe consultar en línea dichos antecedentes	X			
Certificado REDAM (registro de deudores alimentarios morosos)	X			
Consulta lista de vinculantes (OUNU, OFAC)	X			
Formato de consentimiento informado consulta Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).TH-F-57.	X			
Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).	X			
Formato de autorización para el tratamiento y la protección de datos personales del colaborador.	X			
Consulta de Antecedentes Profesionales (Abogado, Administrador de Empresas, Contador, Ingeniero Industrial, Trabajador Social , médico, enfermera profesional y demás).				
Registro Unico Tributario RUT (Este documento es requerido en caso de ser contratado directamente por la Institución, teniendo en cuenta que para contratar con el estado es indispensable este soporte).	X			
Certificado de Afiliación a Salud y Pensión vigentes	X			
Certificación Bancaria	X			
Carnet de vacunas (según manual de Bioseguridad). Código SST-m- 03 - V 009.	X			
Titulaciones de hepatitis B y varicela	X			
Exámen Medico Ocupacional para el cargo (Según tipo de contratación y cargo al que aspira).	X			
Exámen Medico Ocupacional casos especificos . Nota: Para el exámen Médico Ocupacional para cargos especificos, remitirse al profesiograma institucional.				
SOPORTES DE EDUCACIÓN FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Titulo Bachiller Y/o Acta de Grado (No aplica para profesionales)				
Título de técnico y Acta de grado				
Titulo de tecnologo y Acta de grado				
Título Profesional y Acta de grado	X			
Convalidación de Titulo Profesional (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Título Especialista y Acta de grado	X			
Título y acta de grado de maestría, doctorado o posdoctorado				
Convalidación deTitulo Especialista (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Tarjeta profesional	X			

RETHUS (Registro Unico de Talento Humano en Salud)	X			
Resolución para ejercer (Graduados Hasta el 2016)	X			
Poliza de seguro de responsabilidad civil profesional (profesionales en medicina).				
SOPORTES DE EDUCACIÓN NO FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Relacionar Cursos / Talleres / Congresos / Diplomados				
Certificado curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual.	X			
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL				
Curso de soporte vital (BLS, ACLS, NALS, PALS, ATLS, ALSO) de acuerdo al perfil y según normatividad vigente o necesidades de Seguridad de Paciente.	X			
Certificado curso Atención a las Victimas de Ataques con Agentes Químicos.				
Certificado curso Manejo del Duelo.				
Certificado curso Toma de Muestra de Laboratorio Clínico.				
Certificado curso cuidado del Donante (Medicos) Avalados por El Instituto Nacional De Salud.				
Soporte de entrenamiento en MMC (METODO MADRE CANGURO) SOLO APLICA PARA MEDICO ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA.				
Certificado pruebas en el punto de atencion del paciente (point of care Testing-POCT) Terapeutas Respiratorias.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL MANTENIMIENTO				
Certificado Curso trabajo seguro en alturas.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL RADIOLOGÍA				
Certificado de Curso de Protección Radiológica.				
SOPORTES DE FORMACIÓN BACTERIOLOGO				
Diplomado en Medicina Transfusional e Inmunohematología con certificación de 120 horas.				
SOPORTES ESPECIFICOS PARA CONDUCTOR Y CONDUCTOR DE AMBULANCIA Y MENSAJERO				
Pase de Conducción C2 (Conductor Ambulancia).				
Pase de Conducción A2 (Mensajero).				
Consulta inscripción en el RUNT y Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito SIMIT.				
Certificado Curso de Mecánica Básica.				
Certificado Curso de Primeros Auxilios.				
Exámen psicosensométricos (Visiometría, Audiometría, Examen de Coordinación Motríz, Exámen de psicología) y Exámen médico.				
Pruebas teorica y práctica.				
SOPORTES DE EXPERIENCIA (Solo si la tiene)				
Copia de Certificaciones Laborales las cuales deben cumplir los siguientes requisitos: * Debe ser expedida en papel membreteado * Debe registrar su nombre y número de identificación * Debe describir el cargo desempeñado y funciones realizadas * Debe especificar tiempo laborado o mínimo registrar fecha de * Debe estar debidamente firmada * Debe registrar nombre del jefe inmediato, teléfonos y dirección de * Deben estar organizados del empleo más nuevo al más antiguo.	X			

Nuevo	Actualización
Revisión hoja de vida **NOTA:** Verificada la Hoja de vida el 05-09/24 se puede evidenciar que **CUMPLE** con los requisitos de habilitacion.	

Revisó. Magda Constanza Hurtado Vargas
Profesional universitario T.H
Verificó. Candy Samanta Rodríguez Castillo
Coordinadora de Actividades de Talento Humano
Verificó. Adriana Lucia Pacheco Merchan
Profesional Especializado de Salud y Seguridad en el Trabajo

Items correspondientes a vacunas y examenes medico ocupacionales y psicosensometricos, curso de alturas (según perfil)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Duarte	Palma	Raul Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79935403 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO: 79935403 — D.M.: 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 07 MES 07 AÑO 1979

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 45 A 79 505 SANTA INES SUBA

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: TUNJA

TELÉFONO: 00000 — EMAIL: raulandresduarte@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 BÁSICA PRIMARIA					EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA				MEDIA		TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1995
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	01	2012	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2002	79935403

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)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO* *Día* 04 *Mes* 01 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO UROLOGO	*DEPENDENCIA* ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO* *Día* 13 *Mes* 01 *Año* 2022	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* SERVICIO DE UROLOGIA	*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 null 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO* *Día* 09 *Mes* 04 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 15 *Mes* 11 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA	*DIRECCIÓN* CALLE 11 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN UNIVERSITARIO RAFAEL DE TUNJA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 01 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 08 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN* CALLE 11 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ, D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 6584734	*FECHA DE INGRESO* *Día* 04 *Mes* 06 *Año* 2013	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UROLOGIA	*DIRECCIÓN* CALLE 121 6 37

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACÁ	TUNJA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7405030	Día 04 Mes 01 Año 2023	Día 31 Mes 12 Año 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO UROLOGO	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	CARRERA 11 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACÁ	TUNJA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7405030	Día 13 Mes 01 Año 2022	Día 31 Mes 12 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO ESPECIALISTA	SERVICIO DE UROLOGIA	CARRERA 11 27 null 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACÁ	TUNJA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7405030	Día 09 Mes 04 Año 2021	Día 15 Mes 11 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	AREA DE MEDICINA	CALLE 11 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL SAN UNIVERSITARIO RAFAEL DE TUNJA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOYACÁ	TUNJA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7405030	Día 01 Mes 01 Año 2021	Día 31 Mes 08 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		CALLE 11 27 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA D.C.	BOGOTÁ, D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6584734	Día 04 Mes 06 Año 2013	Día 31 Mes 12 Año 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	UROLOGIA	CALLE 121 6 37

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día: Mes: Año:	FECHA DE RETIRO Día: Mes: Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO	DIRECCIÓN	

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	4

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-11-22 12:57

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RAUL	ANDRES	DUARTE	PALMA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	79935403

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

Dirección	["Carrera 11 No. 27-27"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$360.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$360.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA	$450.000.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA	$127.000.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA	$80.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO BANCOS	$250.000.000,00

12. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	La calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUISA	FERNANDA	RINCON	CACERES

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 33366763

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

3. INTERESES DIRECTOS O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

4. FIDEICOMISOS

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

215. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

216. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor RAUL ANDRES DUARTE PALMA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79935403, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	RAUL
Segundo Nombre:	ANDRES
Primer Apellido:	DUARTE
Segundo Apellido:	PALMA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	79935403
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

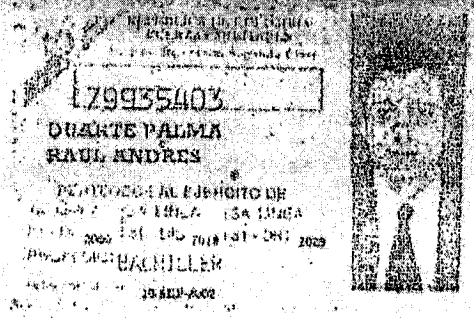
Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de Noviembre de 2022, a las 8:25:51 AM.

Cordialmente,

TC. ROJAS FONSECA ALEXANDER

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix


79935403
DUARTE PALMA
RAUL ANDRES
BACHILLER


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
0386397

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:08:29 AM horas del 05/09/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79935403**

Apellidos y Nombres: **DUARTE PALMA RAUL 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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 05 de septiembre de 2024, a las 09:09:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79935403
Código de Verificación	79935403240905090940

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 253822459

PIB
09:10:10

Bogotá DC, 05 de septiembre del 2024

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) RAUL ANDRES DUARTE PALMA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79935403:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/09/2024 09:11:54 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79935403 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **101398434** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 79935403 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 06/09/2024 05:57 PM

Código Verificación: **P64DHAEJYG**

Válida hasta: **05/12/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	RAUL ANDRES DUARTE PALMA	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	79935403	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		

Search | Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score ▼

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 9/4/2024 1:40:51 PM
Non-SDN List last updated on: 8/20/2024 10:05:23 AM

United Nations Security Council Consolidated List

Generated on: 21 July 2023

"Generated on refers to the date on which the user accessed the list and not the last date of substantive update to the list. Information on the substantive list updates are provided on the Council / Committee's website."

Composition of the List

The list consists of the two sections specified below:
A. Individuals
B. Entities and other groups

Information about de-listing may be found at:
https://www.un.org/securitycouncil/ombudsperson(for res. 1267)
https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/delisting(for other Committees)
https://www.un.org/securitycouncil/content/2231/list(for res. 2231)

A. Individuals

KPi.033 Name: 1: RI 2: WON HO 3: 4: na
Title: na **Designation:** DPRK Ministry of State Security Official **DOB:** 17 Jul. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** na **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** 381310014 **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:** Ri Won Ho is a DPRK Ministry of State Security Official stationed in Syria supporting KOMID.

KPi.037 Name: 1: CHANG 2: CHANG HA 3: 4: na
Title: na **Designation:** President of the Second Academy of Natural Sciences (SANS) **DOB:** 10 Jan. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jang Chang Ha **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

KPi.038 Name: 1: CHO 2: CHUN RYONG 3: 4: na
Title: na **Designation:** Chairman of the Second Economic Committee (SEC) **DOB:** 4 Apr. 1960 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jo Chun Ryong **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
CÓDIGO. TH-F-109	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES	
Versión: 01		Fecha: 19/06/2024

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, Raul Andres Duarte Palma, identificado con cedula de ciudadanía número 79935403, en calidad de Titular o padre, representante y/o tutor legal del menor _____ identificado con _____ autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día Seis de Agosto de 2024

Firma: _____

Nombre: Raul Andres Duarte Palma

Cédula: 79.935.403

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-109	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES	
Versión: 01		Fecha: 19/06/2024

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, NOMBRE DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA O DATOS, PADRE O REPRESENTANTE SI ES PARA MENORES DE EDAD, identificado con cedula de ciudadanía número, NUMERO DE IDENTIFICACION, en calidad de titular o padre, representante y/o tutor legal del menor NOMBRE DEL MENOR DE EDAD POR CUAL SE AUTORIZA EL TRATAMIENTO DE DATOS identificado con NUMERO DE IDENTIFICACION POR EL CUAL SE AUTORIZA autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de CIUDAD, el día DIA de MES de 20 AÑO

Firma:

Nombre: Raul Andres Duarte Pino

Cédula: 79.935.403

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-57	INHABILIDADES DELITOS SEXUALES	
Versión: 01		Fecha: 14/07/2020

El (la) suscrito(a) Raul Andres Duarte Palma identificado (a) con C.C. X/ C.E.___ No. 79935403 expedida en Bogotá, **AUTORIZO** libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja con Nit. 891800231, a consultar mis datos personales en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual, legal y reglamentaria o personal en misión y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día seis (6) de Agosto de 24 20___.

Firma: Raul Andres Duarte Palma
Nombre: Raul Andres Duarte Palma
Cédula: 79.935.403.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:07:46 horas del 05/09/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79935403,** Apellidos y Nombres **DUARTE PALMA RAUL ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, con NIT **891800231-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14899108267

(415)7707212489984(8020) 000001489910826 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 9 3 5 4 0 3 | 6. DV 5

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

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	7 9 9 3 5 4 0 3	1 9 9 7 0 7 2 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DUARTE	PALMA	RAUL	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 45 4 79 AP 505

42. Correo electrónico: raulandresduarte@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 2 5 1 6 6 4 2 5 | 45. Teléfono 2: 3 1 2 5 2 6 7 0 4 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
45. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 3 1 2 1 5					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 6 4 7 5 2

- 54. Obligado a mecanizar por ingresos brutos
- 47. Régimen Simple de Tributación - SIMT
- 52. Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

¡IMPORTANTE! Si requiere la actualización de la información aquí registrada, recuerde que debe realizar el trámite de actualización del Registro Único Tributario (RUT) dentro de los dos (2) meses siguientes a la ocurrencia del hecho que genera la novedad, de lo contrario se hará acreedor a la sanción establecida en el artículo 658-3 del Estatuto Tributario.

Para uso exclusivo de la DIAN

Validado: SI X NO

Fecha: 2023-02-27 12:41:14

La información suministrada en el presente documento constituye declaración de renta y complementarios y cargo al Registro Único Tributario (RUT), debe ser exacta y veraz, el reporte de información inexacta o con errores de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios de carácter tributario según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del declarante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

994. Nombre: DUARTE PALMA RAUL ANDRES

995. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO DE CONSULTA SIN VALIDEZ

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899108267

(415)7707212489984(8020) 000001489910826 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 3 5 4 0 3	5	Impuestos y Aduanas de Tulúa	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Sanación	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase		
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento		
79. Ciudad/Municipio		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Vigencia

80. Desde	
81. Hasta	

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha efectiva del estado	91. Número de identificación tributaria (NIT)	92. DV
1	1 1 7	2023 02 27		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAUL ANDRES DUARTE PALMA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79935403,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de septiembre de 2024.

Rosa Mercedes Nino 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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79935403
NOMBRES	RAUL ANDRES
APELLIDOS	DUARTE PALMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	TUNJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	05/02/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/06/2024 17:38:34	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION/INFORMACION PARA ARL

En mi calidad como Contratista, me permito dar a conocer a la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, los siguientes datos:

Yo, Raul Andres Duarte Palma, identificado con cedula de ciudadanía número 79935403, manifiesto que :

SI X NO _____ Estoy afiliado a la ARL _____

SI X NO _____ Deseo seguir afiliado a la ARL Positiva

Solicito ser afiliado por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a la ARL: Positiva.

Se suscribe en la ciudad de Tunja el día seis de Enero de 2024

Firma _____

Nombre Raul Andres Duarte Palma

Cédula 79.935.403

12:49

12:50

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
AHINI	11 MAYO	15 SANOFI	1A Junio	Nov 25

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Raul Andres
Apellidos	Duarte Palma
Documento de Identidad:	CC [1] TARJETA DE IDENTIDAD [ ] No. 79935403
Fecha de Nacimiento:	Día: 07 Mes: 07 Año: 1979

Este carné es valido 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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Raúl Alexander
Apellidos: Duarte Palma.
Documento de Identidad: CC X TI PASA PORTE No. 79 935 403
Fecha de Nacimiento: Día: 03 Mes: 07 Año: 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Enero	22/2004	C4320361945
	2	Febrero	27/2004	C4320361945
	3	Agosto	23/2004	C4320361945

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Wayland

Wayland

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Raúl Claudio

Apellidos: Duarte Palma.

Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No: 79 935 403

Fecha de Nacimiento: Día: 03 Mes: 07 Año: 1959

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rúbeola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Encl.	22/2004	C/3003414
	2	Fire.	27/2004	C/3003414
	3	Agosto	03/2004	C/3003414

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

[redacted]

VARICELA ZOSTER Ig G- MEDICION DE ACS.

Analisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IgG	[redacted]		[redacted]
Negativo: Menor de 160			[redacted]
Indeterminado: 160 - 175			[redacted]
Positivo: Mayor de 175			[redacted]

Tecnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente (CLIA) para la determinación cuantitativa de los Anticuerpos específicos de clase IgG dirigidos contra el virus Varicela-Zoster (VZV).
Dichos Anticuerpos se producen al cabo de unas semanas de la infección inicial y proporcionan protección a largo plazo. Los niveles de IgG aumentan durante la infección activa y se estabilizan en cuanto la infección se resuelve y el virus pasa a ser inactivo.
Se modifican los valores de referencia por cambio de tecnología aplicada del 01.06.2022.

BACTERIOLOGA
CAROLINA GOMEZ RIVERA
REG. 88-1807-02

Carvajal Laboratorio Clínico

Paciente	: BAEZ ANDRES DUARTE PALMA	Médico	: MEDICOS VARIOS
Identificación	: CC 79805103	No. Autorización	:
Edad/Sexo	: 44 A MASCULINO	C.Costo	: LABORATORIO CLINICO
Teléfonos	: 3126166425 - 7432350	Fecha Registro	: 2023-08-02 08:29:11
Dirección	: CLL 134 A6 APTO 502 TORRE 2 CONJUNTO MARIA FERNANDA BAR	Fecha/Toma Muestra	:
Entidad	: PARTICULARES	Fecha Impresión	: 2023-08-08 17:05:07

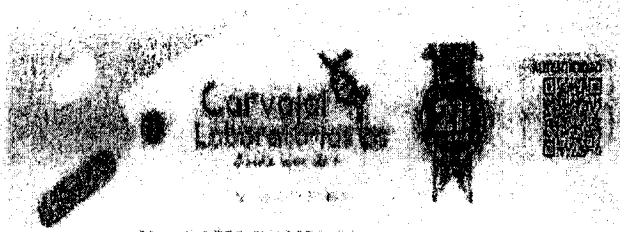
ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA			
Hepatitis B ANTICUERPOS S (ANTI-HBs) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
Resultado	POSITIVO 97.7	mUI/ml	NEGATIVO: Menor de 8 mUI/ml DUDOSO: Entre 8-12 mUI/ml POSITIVO: Mayor de 12 mUI/ml

Tipo de Muestra: Suero
Metodología: Quimioluminiscencia
Instrumento: Vitros 5600 Integrated Systems

Observaciones:

Fecha / Hora Validado: 2023-08-02 17:08

MONICA ALEJANDRA BERNARDO CANDIZO
BACTERIOLOGA
M5B6



05/08/2023 17:05:08
52237752

Paciente	RAUL ANDRES DUARTE PALMA	Medico	: MEDICOS VARIOS
Identificación	CC 79935400	No. Autorizacion	:
Edad/Sexo	: 44 A MASCULINO	C.Costo	: LABORATORIO CLINICO
Telefonos	: 3125168425 - 7432360	Fecha Registro	: 2023-08-02 08:23:11
Dirección	: CLL 45 4 79 APTO 506 TORRE 2 CONJUNTO MARIA FERNANDA PAF	FechaToma Muestra	:
Entidad	: PARTICULARES	Fecha Impresion	: 2023-08-08 17:05:07

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA			
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	POSITIVO		
Resultado	97.7	mUI/ml	

Tipo de Muestra: Suero
Metodologia: Quimioluminiscencia
Instrumento: Vitros 5600 Integrated Systems

NEGATIVO: Menor de 8 mUI/ml
DUDOSO: Entre 8-12 mUI/ml
POSITIVO: Mayor de 12 mUI/ml

Observaciones

Fecha Hora Validacion: 2023-08-05 17:03

NUBIA ALEJANDRA CAMARGO LANDAZU
BACTERIOLOGA
DNDS

Paciente: CUARTE PALMA RAUL ANDRES | Identificación: TI(1510) | No. Servicio: 1810[illegible] | No. Recibo: 2414[illegible]

Edad/Sexo: MASCULINO | 44 Años | Teléfono: 3[illegible] | Tipo de Paciente: [illegible]

Médico: LABORATORIO CAMPASALUD | Fecha recibido: [illegible] | Fecha de entrega: [illegible]

Sección: LABORATORIO CLINICO CAMPASALUD | Valor de la factura: [illegible]

VARICELA ZOSTER Ig.G- MEDICION DE ACS.

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
VARICELA ZOSTER IgG	REACTIVO		mUI/mL mUI/mL mUI/mL mUI/mL

Negativo: Menor de 150
Indeterminado: 150 - 175
Positivo: Mayor de 175
Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente (CLIA) para la determinación cuantitativa de los Anticuerpos específicos de clase IgG dirigidos contra el virus Varicela-Zoster (VZV)
Dichos Anticuerpos se producen al cabo de unas semanas de la infección inicial y proporcionan protección a largo término. Los niveles de IgG aumentan durante la infección activa y se estabilizan cuando la infección se resuelve y el virus pasa a latencia.
Se modifican los valores de referencia por cambio de tecnología reporte del 31/05/2022.

BACTERIOLOGA
CAROLINA GOMEZ RIVERA
REG. 85-1807-02

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

Fecha impresión: 11/11/2022 17:05:28

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 11/11/2022 16:55:00 Empresa HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Nombre RAUL ANDRES DUARTE PALMA Tel 3125166425

Cargo UROLOGO Doc. Identidad CC 79935403

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1 EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE REALIZA ENCUESTA PARA CORONAVIRUS SIN HALLAZGOS POSITIVOS
VACUNA COVID 3 DOSIS.
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS SEGUN SST, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
TRABAJADOR SIN FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES POR COVID-19
CAPACITACION EN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCION DE COVID-19
AVISAR AL EMPLEADOR CUALQUIER CAMBIO EN ESTADO DE SALUD.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI (X) NO ( ) ARL SI ( ) NO ( ) EPS SI (X) NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Patricia Doza C.
MEDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 0946 DEL 26/08/11

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 0946
26/08/2011

Trabajador: RAUL ANDRES DUARTE PALMA
CC: 79935403
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Universidad Militar "Nueva Granada"

teniendo en cuenta que:

Raúl Andrés Duarte Palma

C.C. 79.925.405 Expedida en Bogotá, D.C.

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad; en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación, le otorga el título de:

Médico y Cirujano

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C. a los 12 días del mes de diciembre de 2002.

Rector

Secretario General

Decana Facultad

Registro Profesional No. 25621
Registro No. 4218

Registro oficial

ACTA DE GRADO Nº 2504

En Bogotá, D.C., a los Doce (12) días del mes de Diciembre del año Dos Mil Dos (2002), se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, los siguientes funcionarios: el Mayor General MANUEL SANMIGUEL BUENAVENTURA, Rector; el Doctor MAURICIO GONZALEZ MEDINA, Vicerrector Académico y el Doctor DIEGO ANDRES ROSSELLI COCK, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un egresado de la Universidad Militar "Nueva Granada" y otorgarle el título en la forma que más adelante se indica:

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 9, 24, 38 y 137 de la ley 30 de 1992; Artículos 2º y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; Artículo 1º del Decreto 2273 de 1980; Resolución 12.975 del 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional; Resolución 418/92 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

OTORGAMIENTO DEL TITULO

La Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano y la División de Registro Académico han informado que el señor RAUL ANDRES DUARTE PALMA, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 79588467 de Bogotá D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución y las normas legales pertinentes vigentes en nuestra República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO, quedando registrado su diploma y acta de grado en el libro de registro, bajo el número 4218.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980, firman los que en ella intervinieron.

Doctor DIEGO ANDRES ROSSELLI COCK
Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Siguen firmas al respaldo...

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Hospital *Universitario de La Samaritana*

Por cuanto *Raúl Andrés Duarte Palma* C.C. Nº *79935403 Bogotá D.C.*

ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el título de

Especialista en *Urología*

Registrado bajo el Nº *22101-A* Folio *2* Libro *32* y refrendado por la Secretaría General en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los *Doce* (*12*) días del mes de *Marzo* de dos mil *Trece* (2013)

El Rector

El Vicerrector

La Secretaria General

El Decano de la Escuela

La Directora de Posgrados

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 98 del 18 de septiembre de 1899

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1985, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGÍA
Acta Individual de Grado No. 21020-A

En la ciudad de Bogotá D.C., el día doce (12) de marzo de dos mil trece (2013) siendo las 9:00 horas, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, confirió el título profesional de:

ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

A

RAÚL ANDRÉS DUARTE PALMA

identificada con Cédula de Ciudadanía No. 79935403, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales; y recibió el diploma registrado bajo el No. 29101-A del libro No. 32 folio No. 2.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado firmada por:

HANS PETER KNUDSEN QUEVEDO	RECTOR
LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ	DECANO
MARTHA JANNETH NEGRETE MARTINEZ	SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. República de Colombia, a los doce (12) días del mes de marzo de dos mil trece (2013).

MARTHA JANNETH NEGRETE MARTÍNEZ
Secretaria Académica

CATALINA LLERAS FIGUEROA
Secretaria General


TODOS POR UN NUEVO PAÍS
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
RAUL ANDRES DUARTE PALMA
C.C. 0 CE 1 503 407
MEDICO
UROLOGIA
MILITAR NUEVA GRANADA
BOGOTA D.C.
12/12/2007
05/02/2008



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

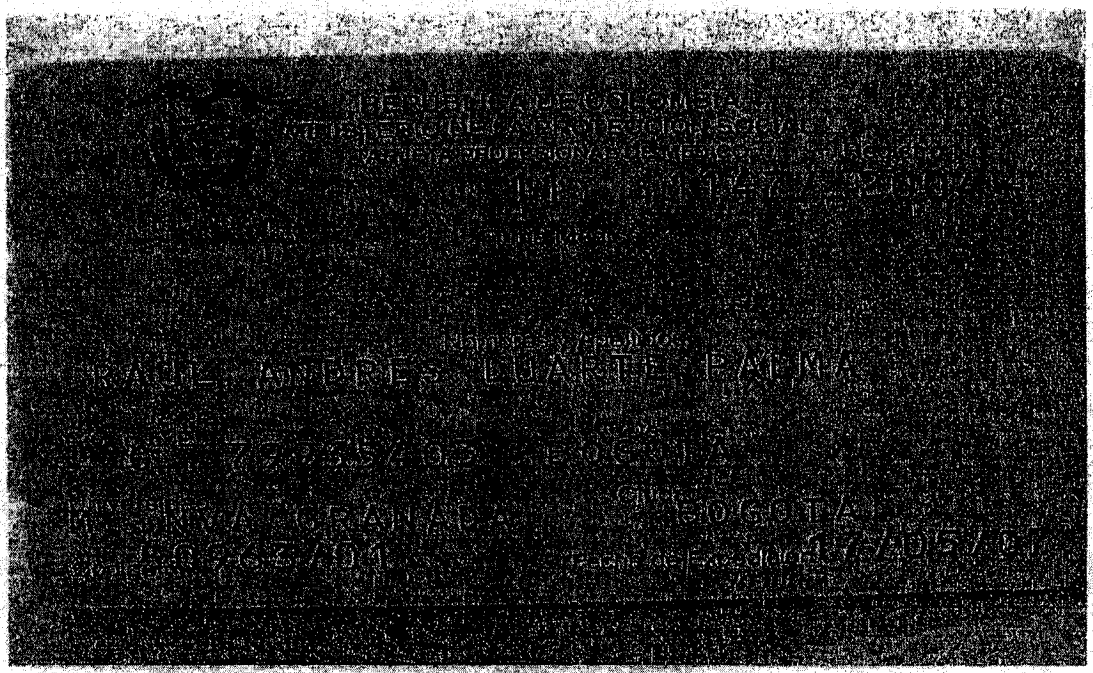
11 1147 2004

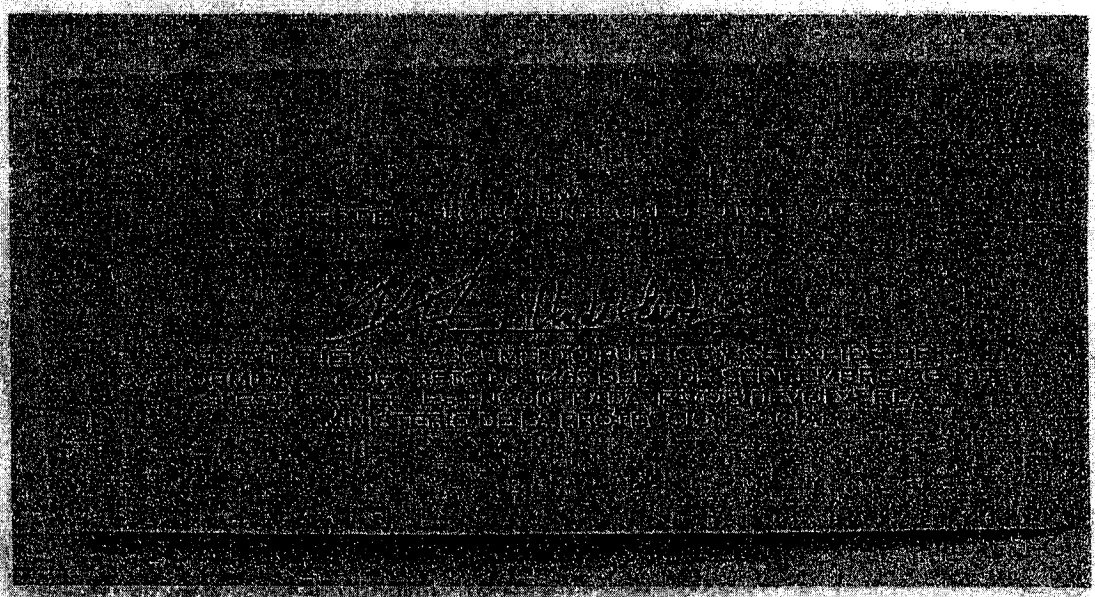
RAUL ANDRES DUARTE PALMA

C.C. 79935403 BOGOTA

U. MILITAR NVA GRANADA BOGOTA

5096 3/01 17/05/07





Resultado General: 2023-05-25 11:12:45 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	79935403	RAUL	ANDRES	DUARTE	PALMA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) RAUL ANDRES DUARTE PALMA identificado(a) con CC 79935403 registra La siguiente información:

2023-05-25 11:12:45 AM Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	2013-03-12	065762	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2004-02-05	1147	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA BOGOTA D C BOGOTA D C	2003-01-02	2004-01-31	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Resolución No [illegible] de 15/02/2004

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se otorga una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las contenidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0830 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) DUARTE PALMA RAUL ANDRES identificado(a) con CC número 79935403 expedida en BOGOTA D C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO según título que le otorgó la UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA" el día 12/12/2002, acta de grado Nro 2504, Diploma Nro. 4258 y registrado en el libro 3 Folio 3812 año 2002

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la) HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO localizada en Bogotá D.C. durante el periodo comprendido entre 01/02/2003 y 31/01/2004.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar al DUARTE PALMA RAUL ANDRES identificado(a) con CC número 79935403, expedida en BOGOTA D C para ejercer la profesión de MEDICO en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde

COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los [illegible]

[illegible]

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C. 24/Feb/04
A la fecha notifique personalmente al señor (a) Raul Andres Duarte Palma
C.C. # 79.935.403.
Firma

BOGOTÁ PARA VIVIR

ICARO APH SAS

NIT: 900594014-6

Res. 2149 – 6 de Diciembre de 2013

CERTIFICA QUE

RAUL ANDRÉS DUARTE PALMA

Identificación C.C No *79.935.403*

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

CURSO ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Intensidad horaria: 40 horas

YENNY PAOLA NEIRA
Coordinadora Académica

CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA
Gerente ICARO APH SAS
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013
RES. S.O. 1958 del 11/9/15

Realizado en el mes de Diciembre del 2023

Registrado en Libro No: 002 *Folio No: 017* *Bajo el No: AVISE-068* *Valido hasta: 12/2025*

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO

Apartado 1: PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.
Apartado 2: MITOS O FALSAS CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO SEXUAL.
Apartado 3: SIGNOS, SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO QUE ALERTAN SOSPECHAS DE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL.
Apartado 4: CARACTERISTICAS INTERPERSONALES REQUERIDAS EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE REALIZA LA ATENCION INICIAL DE LA URGENCIA MEDICA POR VIOLENCIA SEXUAL.
Apartado 5: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.
Apartado 6: CADENA DE CUSTODIA.
Apartado 7: EMBALAJE.
Apartado 8: RUTA DE DENUNCIA.

Icaro.aph@Facebook.com.

Icaroaphsas@gmail.com

Cel.: 3164666954

C.C Plaza Real Oficina 240 Tunja



ICARO APH SAS

NIT: 900594014-6

Res. 2159 – 6 de Diciembre de 2013

CERTIFICA QUE

RAUL ANDRÉS DUARTE PALMA

Identificación C.C. *N° 79.935.403*

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO – SVA

Intensidad horaria: 48 horas

YENNY PAOLA NEIRA
Coordinadora Académica

CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA
Gerente ICARO APH S.A.S
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013 - RES. S.O. 1958 del 11/9/15

Realizado en el mes de Diciembre del 2023

Registrado en Libro No: 002 *Folio No: 005* *Bajo el No: SVA -006* *Valido hasta: 12/2025*

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO SVA

CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO

Apartado 1: RCP BÁSICO Y AVANZADO EN EL ADULTO, NIÑO Y LACTANTE.
Apartado 2: DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA.
Apartado 3: DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA Y MANEJO DEL DESFIBRILADOR MANUAL.
Apartado 4: MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA, TÉCNICAS DE VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN.
Apartado 5: MANIOBRAS BÁSICAS Y AVANZADAS DE REANIMACIÓN EN EL PARO RESIRATORIO.
Apartado 6: MANEJO Y VISUALIZACIÓN DE LAS ARRITMIAS MÁS COMUNES, ANTES Y DESPUÉS DEL PARO CARDÍACO.
Apartado 7: APLICACIÓN DE LA CARDIOVERSIÓN.
Apartado 8: ATAQUE CEREBROVASCULAR.
Apartado 9: SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
Apartado 10: FARMACOLOGÍA Y USO DE MEDICAMENTOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

Icaro.aph@Facebook.com.
Icaroaphsas@gmail.com
Cel.: 3164666954
Telefax: (8) 7401795
C.C Plaza Real Oficina 240 Tunja



ICARO APH SAS

NIT: 900594014-6

Res. 2159 – 6 de Diciembre de 2013

CERTIFICA QUE

RAUL ANDRÉS DUARTE PALMA

Identificación C.C N° 79.935.403

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

CURSO SOPORTE VITAL BASICO - SVB

Intensidad horaria: 40 horas

YENNY PAOLA NEIRA
Coordinadora Académica

CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA
Gerente ICARO APH S.A.S
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013
RES. S.O. 1958 del 11/9/15

Realizado en el mes de Diciembre del 2023

Registrado en Libro No: 002 *Folio No: 010* *Bajo el No: SVB -021* *Valido hasta: 12/2025*

CURSO SOPORTE VITAL BASICO SVB

CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO

Apartado 1: FUNDAMENTOS DE SVB PARA ADULTOS
Apartado 2: VALORACION INICIAL DE PACIENTE
Apartado 3: ANATOMÍA BÁSICA
Apartado 4: SECUENCIA SVB EN ADULTOS CON UNO Y DOS REANIMADORES.
Apartado 5: DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATICO.
Apartado 6: FUNDAMENTOS DE SVB PARA NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO HASTA LA PUBERTAD.
Apartado 7: RCP PARA LACTANTES CON UNO Y DOS REANIMADORES
Apartado 8: OXIGENOTERAPIA.
Apartado 9: RCP CON DISPOSITIVO AVANZADO PARA LA VÍA AÉREA.
Apartado 10: OVACE.
Apartado 11: CONTENCIÓN DE HEMORRAGIAS
Apartado 12: INMOVILIZACIÓN Y TRASPORTE DE HERIDOS

Icaro.aph@Facebook.com.

Icaroaphsas@gmail.com

Cel.: 3164666954

C.C Plaza Real oficina 240



LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

NIT 891800231-0

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** con **NIT 891.800.231-0** y de acuerdo a la información suministrada por la oficina de contratación, se evidencia que el doctor **RAUL ANDRES DUARTE PALMA**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 79.935.403,** suscribió con la **E.S.E** los siguientes Contratos de Prestación de Servicios así:

1. Contrato No. 166 de 2023, cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000),** con vigencia del **01 DE ENERO** hasta el **30 DE JUNIO DE 2023,** con una adición por valor de **SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 7.000.000)** y prorroga hasta **30 DE SEPTIEMBRE DE 2023.**

2. Contrato No. 615 de 2023, (en ejecución), cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **NUEVE MILLONES QUINIENTOS UN MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($9.501.300),** con vigencia del **01 DE OCTUBRE** hasta el **31 DE DICIEMBRE DE 2023,** con las siguientes obligaciones especificas:

1). Realizar consulta ambulatoria como especialista en urología, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
2). Realizar revista médica como especialista en urología para los pacientes que se encuentren en urgencias, unidad de cuidado intensivo, interconsulta, o cualquiera de los servicios o sedes habilitadas en la institución donde se requiera la especialidad, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
3). Realizar jornadas de cirugía programada como especialista en urología de seis (6) horas cada jornada como mínimo, teniendo en cuenta disponibilidad de salas y programación, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
4). Realizar la disponibilidad como especialista en urología para la valoración de los pacientes en urgencias, cirugía urgente, interconsulta, intervenciones por parte de la especialidad y revista médica según listado de turnos la especialidad asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
5). Participar como especialista en urología en las juntas medico quirúrgicas según necesidad de la institución, teniendo en cuenta disponibilidad de salas y programación, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad.
6). Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y la información contenida es la registrada en los documentos contractuales.

La presente se expide a los treinta (30) días del mes de noviembre de dos mil veintitrés (2023).

OLGA NATALIE MANRIQUE ABRIL
Subgerente Administrativa y Financiera

Revisó: Laura Catherine Rivera Echenique (Coordinadora de actividades de contratación)
Proyectó: Yuli Ropero (Técnico Administrativo Contratación)

Código: SST-F-98	**ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**	
Versión: 01	**FORMATO AUTORIZACION AFILIACION ARL**	**FECHA: 15/11/2023**

Por medio del presente autorizo al proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para que realice mi afiliacion como independiente por prestación de servicios a la Administradora de Riesgos - ARL

FECHA DILIGENCIAMIENTO:					
AUTORIZO A REALIZAR LA AFILIACION A LA ARL POSITIVA	**SI**		**NO**		
SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES NEGATIVA A CUAL DESEA AFILIARSE (recuerde que el prestar mas contratos debe unificar la ARL)					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA	
TIPO DE DOCUMENTO	**CC CE TI PA**
IDENTIFICACION No	
FECHA DE NACIMIENTO D/M/A	
DIRECCION RESIDENCIA O CONSULTORIO	
BARRIO O LOCALIDAD	
CIUDAD DE RESIDENCIA	
CORREO ELECTRONICO PERSONAL	
TELEFONO FIJO O MOVIL	
FECHA DE INICIO DE CONTRATO D/M/A	
FECHA DE FINALIZACION DEL CONTRATO D/M/A	
CARGO/ OCUPACION A DESEMPEÑAR	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	
NOMBRE EPS/ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE AFILIACION - EPS	
FONDO DE PENSIONES DE AFILIACION - AFP	

OBSERVACIONES ADICIONALES

FIRMA DE CONTRATISTA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:19:45 PM horas del 03/09/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **7168284**
Apellidos y Nombres: **SIERRA ROJAS CARLOS FERNANDO**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 Barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.soac@policia.gov.co

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Portal Único de Contratación · GOV.CO
Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 253698570

PIB
14:15:00

Bogotá DC, 03 de septiembre del 2024

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) CARLOS FERNANDO SIERRA ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7168284:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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.

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	**FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE**	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 05	**(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)**	**Fecha: 26/08/2024**

Fecha 24-09-24 **Ciudad** Tunja **Departamento** Boyacá

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR	☐	EMPLEADO	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	TERCERIZADOS	☐	TEMPORAL	☐
JUNTA DIRECTIVA	☐	OTRO	☐	CUAL _____	

1. PERSONA NATURAL
(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

NACIONAL [X] EXTRANJERA [ ] PUBLICA [X] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Raul Andres Duarte Palma

TIPO DE IDENTIFICACION	C.C.	C.E.	T. I	FECHA DE EXPEDICIÓN
	X			25/07/1997

NUMERO DE IDENTIFICACION: 79935403 LUGAR DE EXPEDIDA: Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO: 07/07/1979 LUGAR DE NACIMIENTO: Villavicencio

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Maria Fernanda Apt: 505 NUMERO DE TELEFONO: 3125166425

NUMERO DE CELULAR: 3125166425 E-MAIL: raulandresduarte@hotmail.com

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ESTUDIANTE [ ] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ]

ACTIVIDAD "CIIU" [ ] ***Opcional**

OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA
Xxxx Urologo	Hospital San Rafael	Urologo

DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	NUMERO TELEFONO	E-MAIL

2. PERSONA JURIDICA
(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

RAZON SOCIAL: NIT:

DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL	CIUDAD	NUEMERO TELÉFONO	**FAX**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	**FAX**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA		MIXTA		EXTRANJERA	
OTRA. CUAL?			CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU"					

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO
*** Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.**

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA
*** Campo Obligatorio**

TOTAL ACTIVOS	$ 550'000.000 —	TOTAL, PASIVOS	$ 10'000.000 —
INGRESOS MENSUALES	$ 30'000.000 —	OTROS INGRESOS	$ NO —
EGRESOS MENSUALES	$ 25'000.000 —	OTROS EGRESOS	$ — NO —
CONCEPTO DE LOS INGRESOS	Honarios médicos.		

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES
*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)
*** Campo Obligatorio**

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐	NO ☒
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?	SI ☐	NO ☒
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐	NO ☒
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?	SI ☐	NO ☒

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? **SI** [ ] **NO** [ ]

SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*

*** Campo Obligatorio**

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): honorarios medicos

2.Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos la información contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

8. INFORMACIÓN BANCARIA

*** Campo Obligatorio**

ENTIDAD	SUCURSAL Y/O TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
bavviendo	Tunja	Ahorro	05500089001769 48
XXX	XXX	XX	XX

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:

HUELLA INDICE DERECHO

Raul Andres Duarte Tolosa

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE
C.C. No 79.935.407

Sandra Liliana Ocampo Romero

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA
C.C. No 40043714

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD