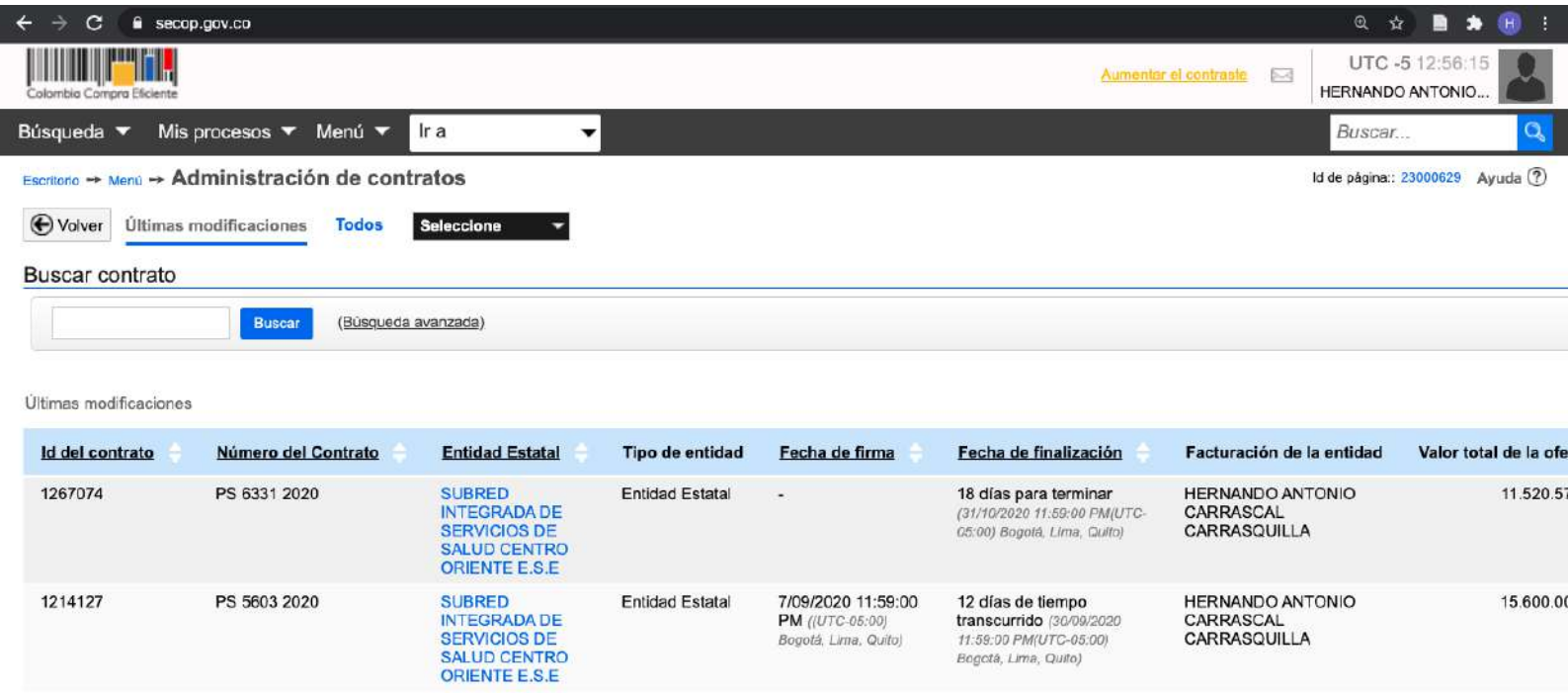



secop.gov.co
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 12:56:15
HERNANDO ANTONIO...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la ofe
1267074
PS 6331 2020
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
-
18 días para terminar (31/10/2020 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA
11.520.57
1214127
PS 5603 2020
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
7/09/2020 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
12 días de tiempo transcurrido (30/09/2020 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA
15.600.00

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 2.0

Última Actualización: 11-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CARRASCAL	CARRASQUILLA	HERNANDO ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C X C.E ○ PAS ○ No. 1140839288

SEXO: F ○ M X

NACIONALIDAD: COL X EXTRANJERO ○

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE X NUMERO 1140839288 D.M Distrito militar N 10

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES FEB AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Bolívar

CIUDAD Cartagena De Indias

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 41 a sur N 78 -80

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4503635

EMAIL hcarrascal0210@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER				
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*				
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES	DICIEMBRE	AÑO	2007	
										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*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	7	2020	1140839288
Universitaria	12	X		MEDICINA	6	2014	1140839288

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
DIPLOMADO EN PROTOCOLO DE ATENCION A	POLITECNICO MAYOR	2020	120
SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO	GESCONS	2020	48
DIPLOMADO UNIDAD DE CUIDADOS	SALAMANDRA Corporacion de estudios superiores	2017	120

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
DIPLOMADO VIRTUAL EN ENFERMEDAD RENAL	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2016	84

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés	X			X			X		

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 10 AÑO 2020	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: anestesiologo	*DEPENDENCIA*: uci- salas de cirugia	*DIRECCIÓN*: Av. 1 de Mayo #40B-54	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 9 AÑO 2020	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Anestesiologo	*DEPENDENCIA*: UCI	*DIRECCIÓN*: Diagonal 34 Nº 5 - 43	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO										
EMPRESA O ENTIDAD				*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*				
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				X		Colombia				
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
Bogotá D.C.		Bogotá D.C.				www.subredsuroccidente.gov.co				
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*				*FECHA DE RETIRO*				
7560505		DIA 1	MES 12	AÑO 2015		DIA 31	MES 8	AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO		*DEPENDENCIA*				*DIRECCIÓN*				
Medico General APH		APH				CALLE 9 N 39-46				

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

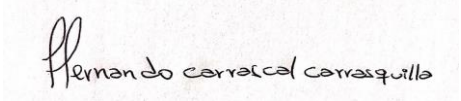
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	2	3
Total	2	3

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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Última Actualización: 11-mar-2021

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 11-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1140839288 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección calle 41 a sur N 78 -80 **Teléfonos**3042177065 4503635

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
hernando antonio carrascal carrasquilla	73097108	Padre
gladys carrasquilla ariza	36591323	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	$ 19.000.000,00
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	$ 19.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	78830697585	santa lucia	$ 3.531,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
icetex	credito educativo	$ 16.000.000,00
FEPASDE	CREDITO EDUCATIVO	$ 137.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

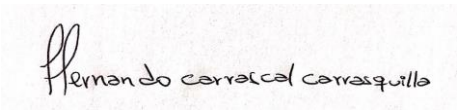
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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. 11-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

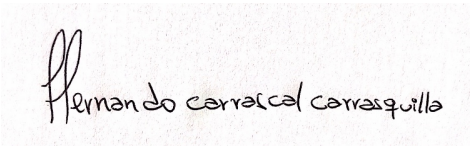
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 05 de 09 de 2020

Cordialmente,



_____
C.C. 1.140.839.288

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

___REALIZAR MI TRABAJO CON INTEGRIDAD _____

Nombre: _HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA ___

Documento: _1.140.839.288_____

Cargo: _MEDICO ANESTESIOLOGO _____

Fecha: _05/09/2020_____

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Hernando Antonio Carrascal Carrasquilla

No. 1.140.839.288 de B/quilla.

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANATURA

El Rector

El Secretario General

UNIVERSIDAD LIBRE
SECRETARIA GENERAL

En la ciudad de B/quilla.

23 de Julio del 2014.

Acta 6611 Folio 11 Libro 63

Oficina de Admisiones y Registro

23 de Julio del 2014

Registro 17584 Folio 3517 Libro de Registro 009

Jefe de Admisiones y Registros

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Jefe de Admisiones y Registros

C.T. 128762

THOMAS GREG & SONS

REPUBLICA DE COLOMBIA

18304

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

Hernando Antonio Carrascal Carrasquilla

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.140.839.288 DE BARRANQUILLA , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Especialista en Anestesiología

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE CARTAGENA
A LOS 28 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2020

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 1 FOLIO 0136

THOMAS GREG & SONS

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3673800
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado No. **6611**
Folio No. **11**

En el acto de ceremonia de la Universidad Libre Seccional Barranquilla siendo las 2:30pm a los 23 días del mes de julio del año 2014, se reunieron los Doctores RACHID FARID NADER ORFALE, Rector Seccional, OFELIA CECILIA ARCINIEGAS ANGARITA, Secretaria Academica y EUCARIS ECHEVERRIA HERRERA DECANA CIENCIAS DE LA SALUD de la misma Facultad, con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 008 de octubre de 1996 del estatuto de la corporación Universidad Libre, del egresado CARRASCAL CARRASQUILLA HERNANDO ANTONIO identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1140839288 de Barranquilla, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del programa para optar al título de:

MEDICO

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a) CARRASCAL CARRASQUILLA HERNANDO ANTONIO, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Barranquilla, a los 23 días del mes de julio del año 2014.

Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

El Graduado (a)

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

ACTA DE GRADO Nº 007-ANE

(Resolución Nº 040 del 19 de agosto de 2020)

CONSIDERANDO QUE

HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

C.C. No. 1.140.839.288 expedida en Barranquilla

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de:

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

En nombre y representación de la Universidad del Sinú "Elías Bechara Zainúm – Seccional Cartagena" de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, la Rectoría otorga y entrega el Diploma, en Ceremonia Solemne que lo autoriza para el ejercicio de la profesión según las disposiciones vigentes.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Cartagena a los veintiocho (28) días del mes de agosto de 2020.

ROLANDO BECHARA CASTILLA
Rector

GALO ARMANDO LARA CORONEL
Director Académico

MONTSERRAT MAGRE COLORADO
Secretaria Jurídica

RUTH BALLESTAS URIBARREN
Jefe de Posgrados

0151935

Salamandra®
Corporación de Estudios Superiores
Personería Jurídica Nº 11104 M.E.N

República de Colombia

Hace constar que

Hernando Antonio Carrascal Carrasquilla

c.c. 1140839288

Asistió y participó en el

DIPLOMADO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad de 120 horas,
En el manejo integral de pacientes críticos

Firmado en Bogotá, a los 04 días del mes de marzo de 2017

Laureano Quintero B.
Director Científico

A-DPL13020162001

Scanned by CamScanner

Universidad del
Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y FORMACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

Diploma

AHERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

Por su asistencia y participación en el ***DIPLOMADO VIRTUAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA***, realizado entre el 1 de abril y el 8 de junio de dos mil dieciséis (2016), con una intensidad de ochenta y cuatro (84) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los ocho (8) días del mes de junio de dos mil dieciséis (2016).

CAROL VANEGAS SALINAS
Gerente
Formación Continua

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

Dtlih0l4V5

ASCOFAME
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

CERTIFICA QUE

hernando carrascal carrasquill

Con Cédula de ciudadanía 1140839288 Aprobó el curso multidisciplinario de:

Entrenamiento básico en UCI con énfasis en manejo de paciente COVID 19

Con una duración de 12 horas. El presente certificado se expide el3 de agosto de 2020

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO
Presidente Junta Directiva Ascofame

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Director Ejecutivo Ascofame

ACIN

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

Fundación Neumológica COLOMBIANA

ANÆSTHESIA DEORUM ARS S.C.A.R.E.

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

FISIOTERAPIA Colombia

ACOFAEN

Resolución No. 130420 de Ascofame que otorga 22 créditos Tipo A: Acciones formativas que privilegian el saber.

Bogotá D.C

Señores:

__UNIVERIDAD DEL SINÚ – CARTAGENA _____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

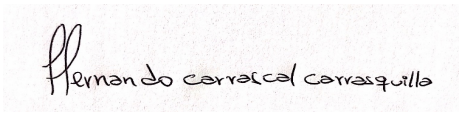
REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, _HERNANDO CARRASCAL ARRASQUILLA _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:

_____ANESTESIOLOGO _____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma

No. de documento: __1.140.839.288_____

Tarjeta profesional No: ____1140839288_____

Dirección de contacto: ___CALLE 41 A SUR Nº 78-80_____

Teléfono: ___3042177065_____

Bogotá D.C

Señores:

__UNIVERIDAD LIBRE BARRANQUILLA _____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

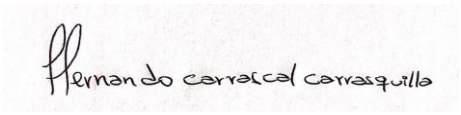
REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, _HERNANDO CARRASCAL ARRASQUILLA _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_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma

No. de documento: __1.140.839.288_____

Tarjeta profesional No: ____1140839288_____

Dirección de contacto: ___CALLE 41 A SUR Nº 78-80_____

Teléfono: ___3042177065_____

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) CARRASCAL CARRASQUILLA HERNANDO ANTONIO; con documento de identidad No, 1140839288 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2015	8728	MEDICO HOSPITALARIO I	01/12/2015	31/12/2015	$4.000.000	KENNEDY
2	2016	As496	MEDICO GENERAL APH	01/05/2016	31/07/2016	$13500000	BOSA
3	2016	As299	MEDICO GENERAL APH	01/04/2016	30/04/2016	$4500000	BOSA
4	2016	As191	MEDICO GENERAL APH	22/01/2016	31/01/2016	$1800000	BOSA
5	2016	As200	MEDICO GENERAL APH	01/02/2016	29/02/2016	$4500000	BOSA
6	2016	As233	MEDICO GENERAL APH	01/03/2016	31/03/2016	$4500000	BOSA
7	2016	1-1522	MEDICO GENERAL APH	26/11/2016	10/01/2017	$$5.850.000	BOSA
8	2016	5-3059	MEDICO GENERAL APH	26/11/2016	10/01/2017	$6900000	BOSA
9	2016	0766	MEDICO HOSPITALARIO I	01/01/2016	30/04/2016	$16.000.000	KENNEDY
10	2016	0766	PROFESIONAL	01/10/2016	25/11/2016	$3900000	KENNEDY
11	2016	1033	MEDICO GENERAL APH	01/10/2016	25/11/2016	$8433333	BOSA
12	2017	SO-3334	PROFESIONAL	01/08/2017	31/08/2017	$5267520	SUBRED
13	2017	1-2043	MEDICO HOSPITALARIO I	11/01/2017	31/03/2017	$3900000	KENNEDY
14	2017	5-0773	MEDICO GENERAL APH	11/01/2017	31/03/2017	$12266667	BOSA

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO GENERAL APH

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los diez(10) días del mes de Agosto de 2020, la cual no tiene fecha de expiración



MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION
OFICINA JURIDICA-CONTRATACION



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.140.839.288

CARRASCAL CARRASQUILLA

APELLIDOS

HERNANDO ANTONIO

NOMBRES

Hernando Carrascal

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1991

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-ABR-2009 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300150-00159936-M-1140839288-20090623 0012773126A 1 29819467

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14427164635

(415)7707212489984(8020) 000001442716463 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 0 8 3 9 2 8 8	5	Impuestos de Barranquilla 2	

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	1 1 4 0 8 3 9 2 8 8	2 0 0 9 0 4 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARRASCAL	CARRASQUILLA	HERNANDO	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CR 82 A 41 E 50 AP 101

42. Correo electrónico hcarrascal0210@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 2 1 7 7 0 6 5	3 7 3 8 7 8 9

CLASIFICACIÓN

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 2 1	2 0 1 5 0 9 2 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2017 - 08 - 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CARRASCAL CARRASQUILLA HERNANDO ANTONIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:30/08/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 1140839288	HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 39 SUR 72M 27 IN 26 AP 202 Teléfonos: 3042177065

Dirección electrónica: hcarrascal0210@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 24/09/2015 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1140839288

APELLIDOS Y NOMBRES
CARRASCAL CARRASQUILLA
HERNANDO ANTONIO

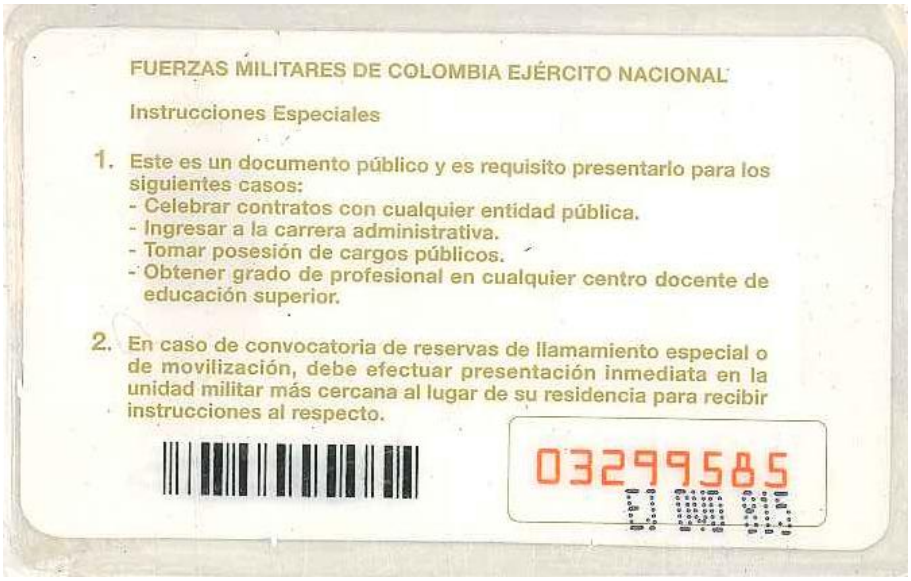
PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC 2021	31 - DIC 2031	31 - DIC 2041

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 03 DIC 2012

CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO 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.

03299585

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

C.C o C.E. **1140839288**



Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación

U. LIBRE

Ciudad **BARRANQUILLA**

Fecha de expedición diploma **23/07/2014**

Fecha de inscripción RETHUS **26/10/2015**

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0001802 DE 2020

(- 9 OCT 2020)

Por la cual concede autorización para ejercer la Especialidad Médica en Anestesiología

EL DIRECTOR ENCARGADO DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

En ejercicio de la facultad otorgada por el artículo 5º de la Ley 6ª de 1991, la Resolución No. 4354 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que el doctor **HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.839.288, ha solicitado la autorización para el ejercicio de la especialidad médica en **ANESTESIOLOGÍA.**

Que presentó certificación expedida por la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, donde consta que ha obtenido el título como especialista en **Anestesiología,** registrado en el libro de registro de diplomas No. 01, folio No. 0136, registro No. 0542, acta de grado No. 007, diploma No. 18304 del 28 de agosto de 2020.

Que **HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA,** se encuentra inscrito como MÉDICO en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, por lo que está autorizado para ejercer dicha profesión en todo el territorio nacional, de conformidad con el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007.

Que la solicitud, cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 4354 de 2012.

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Autorizar al doctor **HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.839.288, para ejercer la **ESPECIALIDAD MÉDICA** en **ANESTESIOLOGÍA,** en todo el territorio nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los - 9 OCT 2020

FRANCISCO ARIZA

JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA (E)

aert

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

La salud es de todos | Minsalud

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

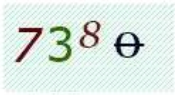
Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1140839288

Primer Nombre *: HERNANDO

Primer Apellido *: CARRASCAL

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4485

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2020-10-13→11:42:19 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1140839288	HERNANDO	ANTONIO	CARRASCAL	CARRASQUILLA	Vigente	Ver

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C114083928800009869

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA**, identificado(a) con C.C. No. 1140839288 y T.P. o R.M. No. 1140839288 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 quese encuentren vigentes en dicho momento.

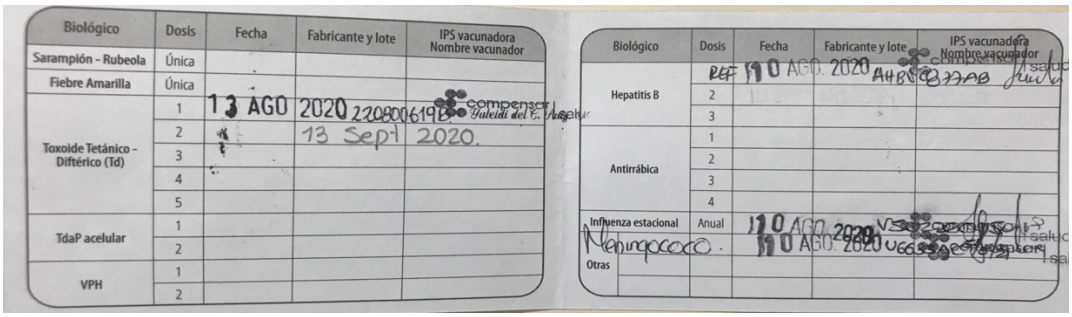
"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 13 octubre 2020 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ
Presidente

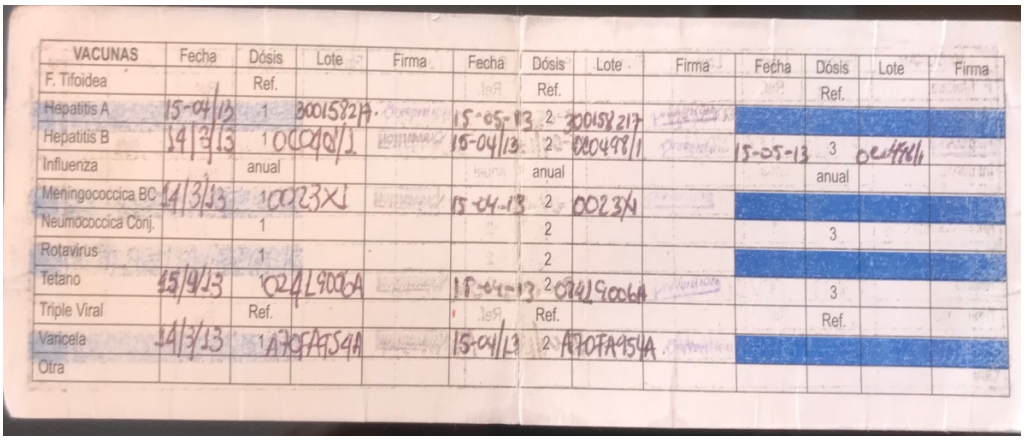
TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13 AGO 2020	220800619B	compensar Yaleidi del C.
	2	13 Sept 2020.		
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	REF	10 AGO. 2020	AHBS0377AB	compensar
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	10 AGO. 2020		
Meningococo		10 AGO. 2020		
Otras				



VACUNAS	Fecha	Dósis	Lote	Firma	Fecha	Dósis	Lote	Firma	Fecha	Dósis	Lote	Firma
F. Tifoidea		Ref.				Ref.				Ref.		
Hepatitis A	15-04-13	1	3001582A		15-05-13	2	3001582A7					
Hepatitis B	14/3/13	1	0C0498/1		15-04-13	2	0C0498/1		15-05-13	3	0C0498/1	
Influenza		anual				anual				anual		
Meningococcica BC	14/3/13	1	0023X1		15-04-13	2	0023X1					
Neumococcica Conj.		1				2				3		
Rotavirus		1				2						
Tetano	15/4/13	1	024L9006A		15-04-13	2	024L9006A			3		
Triple Viral		Ref.				Ref.				Ref.		
Varicela	14/3/13	1	A705A954A		15-04-13	2	A707A954A					
Otra												

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-09-03	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA			Identificación CC	Nro 1140839288
Fecha de Nacimiento	1991-02-10	**Edad**	29	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/SUR				
Cargo	MEDICO				
Fecha Ingreso	2020-09-03 09:50:05	**Fecha Salida**	2020-09-03 09:52:05		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
OTRAS:	NO PRESENTA
CONTROLES	
titulo	
CONDICION VISUAL	SI
OTROS	NO PRESENTA

Dra. Marcela Gómez
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
RES.1090/2007

YENNI MARCELA GOMEZ GUALI
RM: 1022326755
Firma y sello del médico

HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA
CC 1140839288
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

FT 028-1

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

con documento de identidad C.C. 1140839288

Cursó y aprobó

DIPLOMADO EN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas Nº. 035

Medellín, 4 de octubre de 2020.

RECTORÍA

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: 53U2D8

Gescons S.A.S.
Gestion De Educación Continuada En Salud

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140002338 - 1140839288

HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

C.C. No. 1.140.839.288

CURSO-TALLER

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

"BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT"

BLS – ACLS

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios, Con Instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION. Realizado en el Mes de Agosto de 2020 con una intensidad de Cuarenta y Ocho **(48) Horas**. Este certificado tiene una vigencia de Dos (2) años a partir de su expedición.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 avalado por la **FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA** NIT: 860.007.406-9 podrá verificarlo a través del código de verificación.

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Gescons S.A.S. Gestion De Educación Continuada En Salud

Dado en Colombia el 12 de Agosto 2020.

https://www.federacionmedicacolombiana.com


GESTIÓN DE EDUCACIÓN
CONTINUADA EN SALUD
NIT:900.792.444-9
FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA
C.C. No. 1.140.839.288
BASIC LIFE SUPPORT - ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT
Código:
B.L.S - A.C.L.S
G0140002338
DECRETO 1075-6 DEL 2015
MINISTERIO DE EDUCACION
RES. 2003 DEL 2014 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
EGRESADO 12/8/2020
VALIDO POR DOS AÑOS

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: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	05/0972020	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CARRASCAL	CARRASQUILLA	HERNANDO	ANTONIO

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1.140.839.288	BARRANQUILLA		06/04/2009
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
10/02/1991	CARTAGENA	BOLIVAR	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	2	0	3042177065

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)					PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	
UNIVERSITARIO	POSTGRADO X	MAGISTER	OTRO		

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 41 A SUR N° 78-80	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	4503635

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
HCARRASCAL0210@HOTMAIL.COM		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI X		SI	NO X		
		NO	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: 8621	ECUNDARIA:

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							
GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD X	ENERGIA	ALIMENTOS		
EXPORTACIONES	FINANCIERA	MEDICAMENTOS	AGROPECUARIA	INDUSTRIAL	TECNOLOGIA	OTRA :	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 34 Nº 5 - 43	328 2828	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO ANESTESIOLOGO	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES	100.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	300.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	8.000.000
OTROS INGRESOS*	840.000	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	**840.000**	**TOTAL EGRESOS**	**400.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**0**	**TOTAL PASIVOS**	**8.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CARRASCAL	CARRASQUILLA	OCTAVIO	DE JESUS
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 40 SUR # 72Q	BOGOTA D.C/COLOMBIA	HERMANO	3007355819

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	78830697585	SANTA LUCIA	5 6595001

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

IMPORTACION	EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PAGO SERVICIOS	PRESTAMO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:		REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. 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.):

MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la 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 la 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, 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.

10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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

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

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Si 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".

11. FIRMA Y HUELLA

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

Fernando carrascal carrasquilla

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA	**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)							
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐			**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total de puntos **100/100**

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

HCARRASCAL0210@HOTMAIL.COM

Documento de Identidad *

1140839288

Nombres y apellidos *

HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1140839288
NOMBRES Y APELLIDOS	Carrascal Carrasquilla,Hernando Antonio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Carrascal Carrasquilla,Hernando Antonio, a los 11 días del mes de marzo del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA identificado(a) con C.C No. 1.140.839.288, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de agosto del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

CC. 1.140.839.288	SURA
Numero de Documento	ARL

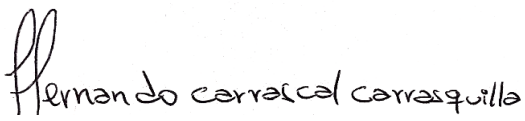
HERNANDO	ANTONIO	CARRASCAL	CARRASQUILLA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

12/02/91	CARTAGENA	CALLE 41 A SUR #78-80	4503635
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	COLFONDOS	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MEDICO ANESTESIOLOGO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

hcarrascal0210@hotmail.com	3042177065
Correo Electrónico	Celular



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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 157966005

WEB
09:47:53

Bogotá DC, 12 de enero del 2021

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) HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1140839288:

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 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 martes 12 de enero de 2021, a las 09:47:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1140839288
Código de Verificación	114083928821011209 4712

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.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4118764

BogotÃ¡ D.C., 12 de Enero de 2021 - 9:49 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL CIENTO CUARENTA MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO** de BARRANQUILLA

1140839288

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.



JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
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_C3F5A_499
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:51:15 horas del 12/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1140839288**
Apellidos y Nombres: **CARRASCAL CARRASQUILLA HERNANDO ANTONIO**

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: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 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:
lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Certificado Bancario

Domingo, 30 de Agosto de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA identificado(a) con CC 1140839288, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78830697585	2014/09/10	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos
Bancolombia