

Universidad Surcolombiana

ACTA DE GRADO No. 438

La Universidad Surcolombiana, creada por Ley 13 de Enero 30 de 1976 y reconocimiento institucional por Resolución No. 9062 del 26 de Octubre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que el estudiante:

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

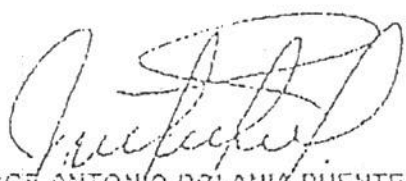
C. de C. No. 7.892.488 de Neiva (Huila)

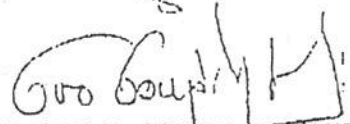
Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos Reglamentarios de la Universidad, resuelve otorgarle el título de:

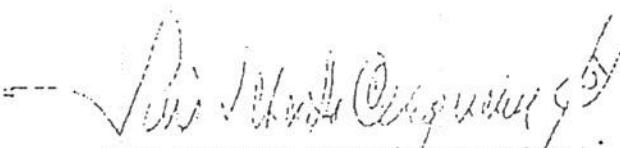
MEDICO Y CIRUJANO

En nombre y representación de la Universidad Surcolombiana y de la República de Colombia, el Señor Vicerrector Académico tomó el juramento de rigor.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los 13 días del mes de DICIEMBRE, de 1998


JORGE ANTONIO PALANIÁ PUENTES
RECTOR


GUILLERMO GONZÁLEZ MANRIQUE
DECANO DE LA FACULTAD


LUIS ALBERTO CERQUERA ESCOBAR
VICERRECTOR ACADÉMICO


EDUARDO BELTRÁN CUELLAR
SECRETARIO GENERAL

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79692486

Numero de Documento

Cedmena

ARL

Hugo

Primer Nombre

FERNANDO

Segundo Nombre

ROJAS

Primer Apellido

ROJAS

Segundo Apellido

22 / 11 / 1972

F. Nacimiento dd/mm/aa

NEIVA

Ciudad de Nacimiento

Cll 12 #33-10

Dirección de Residencia

(036) 3463661

Teléfono Fijo

UNEDIMAS

EPS - Salud

PROTECCIÓN

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Infegrobto

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

hufero22@gmail.com

Correo Electrónico

300-6543425

Celular

Hugo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE RIO DE JANEIRO
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS 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:

Médico Infectólogo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

[Firma]

No. de documento:

7602406

Tarjeta profesional No:

018/99

Dirección de contacto:

Cll 12 # 33-10 Casa 49 UGIRANTE DE CAJAMA

Teléfono:

300-6543425

OFI - 065

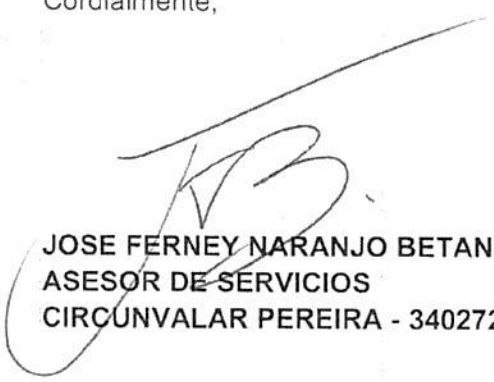
CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que nuestro cliente **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS** identificado con **CC o NIT 7'692,486** es cuentahabiente del Banco de Occidente desde el día **13 de JULIO de 2017** con la Cuenta De Ahorros **No. 065-82628-1**, la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS** es ser un "Cliente activo del Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy, **08 de AGOSTO de 2017** dirigida a **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**.

Cordialmente,


JOSE FERNEY NARANJO BETANCOURTH
ASESOR DE SERVICIOS
CIRCUNVALAR PEREIRA - 3402727



@Bco_Occidente

FTP-APY-018



Facebook.com/BcoOccidente

www.bancodeoccidente.com.co

Mod Ene. 2014



Banco de Occidente

NIT. 890.300.279-4

OFI - 065

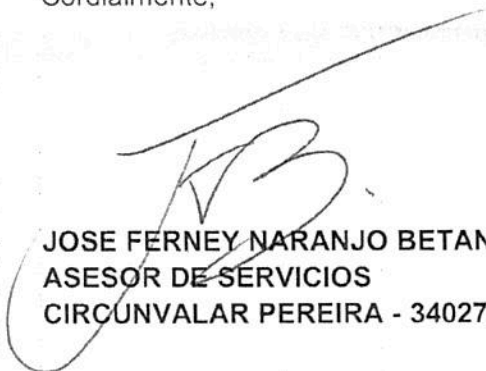
CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que nuestro cliente **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS** identificado con **CC o NIT 7'692,486** es cuentahabiente del Banco de Occidente desde el día 13 de **JULIO** de 2017 con la Cuenta De Ahorros **No. 065-82628-1**, la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS** es ser un "Cliente activo del Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy, **08** de **AGOSTO** de **2017** dirigida a **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**.

Cordialmente,


JOSE FERNEY NARANJO BETANCOURTH
ASESOR DE SERVICIOS
CIRCUNVALAR PEREIRA - 3402727



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1972

NEIVA
(HULA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.86 A+

ESTATURA

G.S. RH

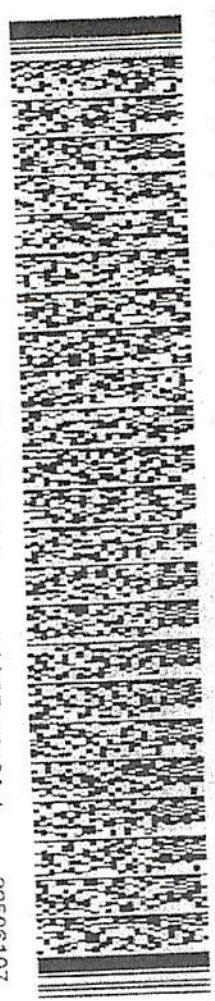
SEXO

M

15-MAY-1991 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1906400-00252332-M-0007692486-20100825

0023580242A 1

33596107

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.692.486

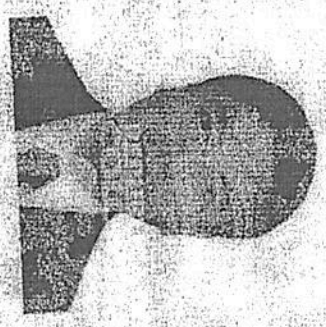
ROJAS ROJAS

APellidos

HUGO FERNANDO

Nombre

Hugo Fernando Rojas
Firma



El señor(a) HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS identificado(a) con Cedula Ciudadania número 7692486
presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	7692486	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual cotizante:	VIGENTES		
Tipo cotizante:	Independiente		
Dirección actual de residencia:	CRA 2 N 6 20	Municipio residencia:	Ibague
Teléfono actual de residencia:	2666250	Depto. Residencia:	TOLIMA

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
7692486	ROJAS ROJAS HUGO FERNANDO	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

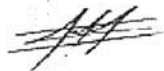
Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

se firma y expide en Bogotá a los 29 del mes de Diciembre de 2017 , a solicitud del interesado

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

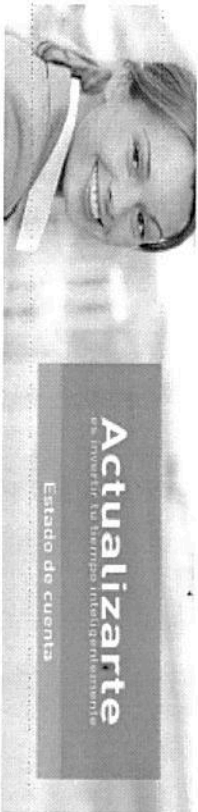
CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



Medellin, 02 de Junio de 2015.

Señores:

ROJAS ROJAS HUGO FERNANDO
C.C. 12 33 10

Asunto: Concistencia Protección, Planilla Unica de Pensiones y Cesantías

Reciba un cordial saludo de Protección S.A.

Para nosotros es muy importante tener una comunicación permanente y oportuna con nuestros empleadores, por esta razón y dando cumplimiento a la Resolución 1747 de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social en cuanto a la implementación de mecanismos de confirmación a los aportantes, en relación con la recepción y conciliación de la información y de los recursos correspondientes, dentro del sistema del formulario único o planilla integrada de liquidación de aportes, PROTECCION S.A. nos complace que hemos recibido la siguiente información:

Valor Aporte	\$400.000
Fecha Aporte	20150529
Hora Aporte	10:00 AM
Periodo Aporte	201500
Cantidad Afiliados	1
Numero Planilla	8443085173

Confeccionado:

Dirección de Pensión Obligatoria
Protección S.A.

Para cualquier consulta adicional, por favor comuníquese a través de nuestros canales de servicio, Protección Línea de Servicio Nacional 01 8000 52 8000 - Bogotá 744 44 04 - Medellín y Cali: 510 00 00 Barranquilla: 310 70 00 - Cartagena: 042 40 00 o través de nuestro sitio web www.proteccion.com.

www.proteccion.com

Protección
Pensiones y Cesantías

Sede de Servicio al Cliente: 91 8000 52 8000 / Bogotá 744 44 04 / Medellín y Cali: 510 00 00 / Barranquilla: 310 70 00 / Cartagena: 042 40 00

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 15 de diciembre de 2017, a las 09:49:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	7692486
Código de Verificación	7692486171215094955

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1 DE BIENES Y RENTAS				
YO, <u>HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>9692406</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: <u>NEIVA</u>				
DIRECCIÓN <u>Cll 12 # 33-10 Cda 49</u>			TELÉFONOS <u>300-6543425</u>	
MUNICIPIO <u>PEREIRA</u>		DEPARTAMENTO <u>RISARALDA</u>		PAIS <u>COLOMBIA</u>
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO
<u>NICOLAS ROJAS HUGO</u>		<u>1089940254</u>		<u>HIJO</u>
<u>LUCIANA ROJAS HUGO</u>		<u>1089941060</u>		<u>HIJA</u>
<u>TERESA DE ROJAS</u>		<u>36149494</u>		<u>MAMA</u>
<u>HUGO ROJAS</u>				<u>PAPA</u>
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☒ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐ LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO		VALOR		
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES		<u>250.000.000=</u>		
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS		<u>20.000.000=</u>		
GASTOS DE REPRESENTACIÓN		<u>5.000.000=</u>		
ARRIENDOS		<u>— " —</u>		
HONORARIOS		<u>— " —</u>		
OTROS INGRESOS Y RENTAS		<u>— " —</u>		
TOTAL		<u>275.000.000=</u>		
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>BANCO DE OCCIDENTE</u>	<u>AHORRO</u>	<u>065-82628-1</u>	<u>PEREIRA</u>	<u>7.000.000=</u>
<u>BANCO DE OCCIDENTE</u>	<u>CORRIENTE</u>		<u>PEREIRA</u>	
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN		VALOR	
<u>CASA PEREIRA</u>	<u>VIVIENDA PROPIA</u>		<u>350.000.000=</u>	
<u>CASA NEIVA</u>	<u>VIVIENDA PROPIA</u>		<u>200.000.000=</u>	

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
LEASING DAUVERNA	LEASING	120.000.000
LEASING B. OCCIDENTE	LEASING CAMIONETA	48.000.000 =

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
MARIA DEL PILAR HOYO HERRERA	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	521543.705

2 ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN
ATENCIÓN A PROGRAMAS DE VIH	MEDICO INFECTOLOGO

3 FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 88 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional - M.E.N.

Confiere el Título de
Médico y Cirujano

A

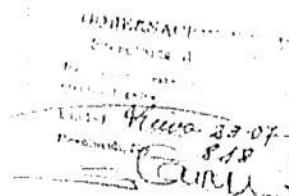
Hugo Fernando Rojas Rojas

C.C. No. 7.692.486 Expedida en Tarma - H.

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello otorga el presente

Diploma



En la ciudad de Neiva, a 18 de Diciembre de 1988

[Firma]
Rector

[Firma]
Inspector Académico

[Firma]
Vice Rector de la Facultad

[Firma]
Vice Rector General

Registrado al Folio 244 del libro de Diplomas, No. 2 Acta de grado No. 438

No. 8280



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
DISCIPLINA – SERVIÇO DE INFECTOLOGIA
CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO

ORDEM DE SERVIÇO NORMATIVA nº 002/HUPE/99, de 22.03.1999



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO

Confere-se este diploma à:

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

*Por haver concluído com aproveitamento o Programa de Especialidade Médica para Estrangeiros
PEME – Área de:*

Infectologia

*Cujo programa teórico – prático é estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica do
Ministério da Educação e pela Comissão de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de
Infectologia, realizado no período de 01/04/05 a 31/03/10.*

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2010

Gustavo Albino Pulo Magalhães

Prof. DR. GUSTAVO ALBINO PINTO MAGALHÃES PhD
Coordenador Área Clínica de Infectologia
Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ

Paulo V. Damasceno

Prof. DR. PAULO VIEIRA DAMASCO PhD
Coordenador do Comitê de Infecção Hospitalar
Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ



MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LPSST 1845-15

Ciudad Persepe Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ TIPO DE EXAMEN: Ingreso X Periódico ____ Egreso ____ ALTURAS ____ Otro ____
 Empresa VIH-ONCO. cargo: Medico Esp infectologo
 Trabajador: Hugo Fernando Rojas Rojas CC: 7692486

INGRESO	APTO Sin patología aparente	X	APTO con patología que NO restringe su labor		APTO con restricción	Aplazado
ALTURAS	APTO Sin patología aparente		APTO con patología que NO restringe su labor		APTO con restricción	Aplazado
PERIODICO	Puede continuar con su labor		Hallazgos Sugestivos Patología ocupacional		Posible Enfermedad General	Restricciones

TIPO DE RESTRICCION. Ninguna ☒ Temporal ☐ meses Permanente: ☐

Usar Lentes Correctivos	Evitar Irritantes Respiratorios	Evitar Irritantes de Piel	No conducir
Evitar Espacios Confinados	No realizar Turnos Nocturnos	Evitar Temperaturas Extremas	Evitar ruido > 80 db
Evitar Manejo de Cargas Superior a ____ Kg	Permitir alternar entre posturas(Sedante y de Pie)	Disminución Movimientos Repetitivos	No Trabajar en Alturas
Evitar Sobresfuerzos específicos		Otros	

REQUIERE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: SI ☐ NO ☒ Cual: _____

EGRESO	Satisfactorio	SI	Enfermedad General	SI	Sospecha de Secuela de Accidente de Trabajo no reportado	SI	Sospecha de Enfermedad Relacionada con el Trabajo	SI
		NO		NO		NO		NO

RECOMENDACIÓN TRABAJADOR SI ☐ NO ☒

Uso estricto de elementos de protección	Remisión EPS	Continuar manejo medico EPS	Evitar Irritantes de Piel	Evitar Irritantes Respiratorios	Suspender cigarrillo	Reducir consumo de alcohol	Disminuir peso	Mejorar Condición Física
---	--------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------------	----------------	--------------------------

Observaciones:

RECOMENDACIÓN EMPRESA

Análisis Ergonómico Puesto de Trabajo			Reubicación Puesto de Trabajo			Análisis Psicosocial de Puesto de Trabajo		
Capacitación	Pausas Activas	Carga Física	Higiene Postural	Uso EEP	X	Otras Capacitaciones:		
Verificar Vacunación	Antitetánica:	Hepatitis B	Fiebre amarilla			Otras Recomendaciones:		

INGRESO PROGRAMA SISTEMA DE VIGILANCIA: SI ☒ NO ☐

Ergonómico	Psicosocial	Auditivo	Visual	Respiratorio	Biológico	X	Químico	Mecánico	Cardiovascular	Otro
------------	-------------	----------	--------	--------------	-----------	---	---------	----------	----------------	------

Gustavo A. Cardona Z.
M.D. Especialista Seguridad
MEDICO y Salud en el Trabajo
RM LP 1845
L: 9-9: T: 1845 - 15

Trabajador
CC.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Rojas</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Rojas</u>	NOMBRES <u>Hugo Fernando</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>7692486</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO <u>721122-04904</u> D.M. <u>42</u>		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>22</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1972</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Huila</u> MUNICIPIO <u>Nava</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cll 12 # 33-10 Cas 49</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Risaralda</u> MUNICIPIO <u>Pereira</u> TELÉFONO <u>300-6540425</u> EMAIL <u>hufco22@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
											<u>11</u>	<u>1986</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	12	✓		<u>MEDIO CRUJANO</u>	12	1998	277/818-99
ED	10	✓		<u>INTERVISTA - INFECTOLOGÍA</u>	06	2010	818-99
MG	4	✓		<u>MEDICINA TROPICAL</u>	06	2007	818-99

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
<u>Portugués</u>			✓			✓			✓
<u>Inglés</u>		✓			✓			✓	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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	7	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

PEREIRA; DICIEMBRE 9/2017

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

70112204904

PER. ENCE AL EJERCITO DE

1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA

31-DIC 02 31-DIC 12 31-DIC 22

APELLIDOS Y NOMBRES

ROJAS ROJAS
HUGO FERNANDO

UM **BASCO** P. MIL. **P.** M.

PROFESION **BACHILLER**



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N° 318799

Firma Medico

[Signature]

Nombres y Apellidos

HUGO F. ROJAS ROJAS

C.C. **7692486** De: **NEIVA**

Universidad: **SURCOLOMBIANA** Ciudad: **NEIVA**

Código: **27749/41** Fecha de Expedición: **30/11/99**



Bogotá D.C., 15 de Diciembre de 2017 - 9:55 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SIETE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS**

7692486

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 figuren 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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_IFFWU_559**

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

Siguenos en >    

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/12/2017 a las 09:56:32 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 7692486 y
Nombres: ROJAS ROJAS HUGO FERNANDO

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 24-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 • Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 • E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101702559



WEB

15:20:05

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de noviembre del 2017

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) HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7692486:

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 GONZÁLEZ
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.



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION NUMERO 318 DE 1999
(julio 23)

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
de conformidad con el Decreto 001875
de Agosto de 1994, Y

CONSIDERANDO:

Que, **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7'692.486, expedida en Neiva, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MEDICO Y CIRUJANO**. Título que le otorgó la **UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**, según acta de grado No. 438 y diploma No. 8280 del 18 de diciembre de 1998.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado al Folio 244 del libro Nº 2 de la Universidad.

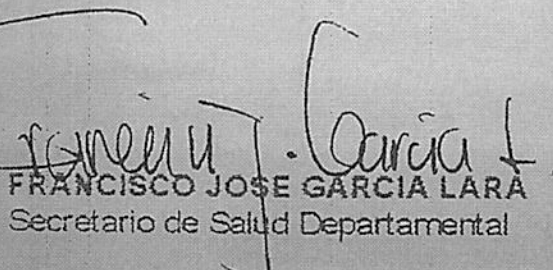
Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la E.S.E. "Hospital San Vicente de Paul" del 19 de abril al 18 de julio de 1999, en el municipio de Garzón Departamento del Huila.

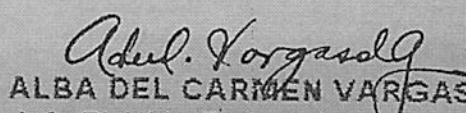
RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorícese a: **HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7'692.486 expedida en Neiva, para ejercer como **MEDICO Y CIRUJANO**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Neiva (Huila), el 23 de julio de 1999.


FRANCISCO JOSE GARCIA LARA
Secretario de Salud Departamental


ALBA DEL CARMEN VARGAS DE G.
Jefe División Desarrollo Institucional y
Seguridad Social



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 6348

(22 JUL 2010)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y la Resoluciones
No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.972 del 27 de febrero de 2009

CONSIDERANDO:

Que HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.7.692.486, presentó para su convalidación el título de ESPECIALIDADE MÉDICA ÁREA DE INFECTOLOGIA, otorgado el 3 de mayo de 2010 por la UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, Brasil, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2010ER47678-32922/10.

Que además presenta el título de MÉDICO Y CIRUJANO otorgado el 18 de diciembre de 1998, por la UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5547 del 1º de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*, el cual establece que "Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica."

Que los estudios fueron evaluados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALIDADE MÉDICA ÁREA DE INFECTOLOGIA, otorgado el 3 de mayo de 2010 por la UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, Brasil, a HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.7.692.486, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los

22 JUL 2010

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR,

CERTIFICA	
Que la presente fotocopia fue comparada con la original y es auténtica	
Fecha	22 JUL 2010
Firma	[Firma]

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

7692486

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

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

CONTRIBUYENTE NIT 7692486-1 HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS

Información General

Dirección CL 12 33 10 CA 49 BRR ALAMOS

Teléfonos 3006543425

Dirección electrónica hufero22@gmail.com

Fax 3213230

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/12/2017

Soporte Inscripción 23396788

Fecha Inicio Actividades 26/07/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002547434

 DIAN® <small>Directorio de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Módulo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14316577604	
		 (415)7707212489984(8020) 000001431657760 4	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 6 9 2 4 8 6 - 1		6. DV: 1	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Neiva
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 ☒ 3	
26. Número de identificación: 7 6 9 2 4 8 6		27. Fecha expedición: 1 9 9 1 0 5 1 5	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9	
29. Departamento: Huila		30. Ciudad/Municipio: Neiva	
31. Primer apellido ROJAS		32. Segundo apellido ROJAS	
33. Primer nombre HUGO		34. Otros nombres FERNANDO	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Huila	
40. Ciudad/Municipio: Neiva		41. Dirección principal CR 2 A 1 SUR 79 BRR ALMENDROS	
42. Correo electrónico: hufero22@gmail.com		43. Apartado aéreo 8 7 2 1 8 3 3	
44. Teléfono 1: 3 0 0 6 5 4 3 4 2 5		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: 8 6 2 1		47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 7 2 6	
48. Código: 5 0		49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 1 0 0 6	
50. Código: 1 2		51. Código: 2 2 2 1	
52. Número establecimientos: 1			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18			
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario			
Usuarios aduaneros		Exportadores	
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		55. Forma ☐	
56. Tipo ☐		57. Modo ☐	
58. CPC ☐		59. Fecha: 2 0 1 4 1 0 0 6	
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de Folios: 1	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice, Firma autorizada: 984. Nombre: ROBERTO GUEZ HENAO VILLAN ROCIO 985. Cargo: Analista II	



(415)7707212489984(8020) 000001431657760 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 6 9 2 4 8 6 - 1 6. DV: 1 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Neiva 14. Buzón electrónico: 1 3

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión illquida 2 25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3 26. Número de identificación: 7 6 9 2 4 8 6 27. Fecha expedición: 1 9 9 1 0 5 1 5
Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: 1 6 9 29. Departamento: Huila 30. Ciudad/Municipio: Neiva 0 0 1
31. Primer apellido: ROJAS 32. Segundo apellido: ROJAS 33. Primer nombre: HUGO 34. Otros nombres: FERNANDO
35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento: Huila 40. Ciudad/Municipio: Neiva 0 0 1
41. Dirección principal: CR 2 A 1 SUR 79 BRR ALMENDROS

42. Correo electrónico: hufero22@gmail.com 43. Apartado aéreo: 8 7 2 1 8 3 3 44. Teléfono 1: 3 0 0 6 5 4 3 4 2 5 45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica
Actividad principal: 46. Código: 8 6 2 1 47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 6 0 7 2 6
Actividad secundaria: 48. Código: 49. Fecha inicio actividad:
Otras actividades: 50. Código: 1 2 51. Código: 2 2 2 1 52. Número establecimientos: 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
55. Forma: 56. Tipo: 57. Modo: 58. CPC: 1 2 3

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐ 60. No. de Fotos: 1 61. Fecha: 2 0 1 4 1 0 0 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

[Firma manuscrita]
CC 7692486

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RODRIGUEZ RENA O VILIAN ROCIO

985. Cargo: Analista II

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

FECHA: 9/12/2017 CIUDAD: PEREIRA DEPARTAMENTO: RISARALDA
 Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: ROJAS SEGUNDO APELLIDO: ROJAS PRIMER NOMBRE: HUGO SEGUNDO NOMBRE: FERNANDO
 TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: 7692486 LUGAR EXPEDICION: NEIVA - HUILA FECHA EXPEDICION: 15/05/1991
 C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐
 FECHA NACIMIENTO: 22/11/1972 LUGAR NACIMIENTO: NEIVA - HUILA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANO
 ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO CELULAR: 300 6543425

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNICO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: MED. TROPICAL Infectorias

DIRECCION RESIDENCIA: C/12 #33-10 Casa 49 CIUDAD RESIDENCIA: PEREIRA DEPARTAMENTO: RISARALDA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 3863661
 CORREO ELECTRONICO: hufiero22@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐
 DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): NO CIUDAD: NO DEPARTAMENTO: NO PAIS: NO TELEFONO/FAX: NO

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: HUGO SEGUNDO APELLIDO: HERRERA PRIMER NOMBRE: MARIA SEGUNDO NOMBRE: DEL PILAR
 TIPO DE IDENTIFICACION: NUMERO IDENTIFICACION: 521543705 LUGAR EXPEDICION: BOGOTA FECHA EXPEDICION: 10/09/03/09
 C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒ NACIONALIDAD: COLOMBIA

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
 SOCIO ☐ CONTRATISTA ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
 PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐
 INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARACION: SI ☒ IVA: SI ☐ NO ☒
 NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☒
 CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: PRINCIPAL: SECUNDARIA:

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	CLINICA LOS ROSALES	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				GOBIERNO ☐	SEVICIOS ☐
EXPORTACIONES ☐				AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐
FINANCIERA ☐				TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐				MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	11.000.000	GASTOS FAMILIARES	8.000.000	AHORROS	10.000.000	SALDO HIPOTECA	10.000.000
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	600.000
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO	1.000.000	VEHICULOS	18.000.000	DEUDA VEHICULOS	48.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	4.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Hicaria, Calima)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TEJEDOR		ALVAREZ	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
CAR. ALVARO ALVARO	PEREIRA	Amigo	320-8352202

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
BANCO DE OCCIDENTE	Cuenta Ahorro	065-826881	PEREIRA	314-7912104	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACIÓN ☐	EXPORTACIÓN ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL: <input type="text"/>

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

--

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

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

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

[Actualizar el contacto](#)

UTC -5 11:33:52

[Buscar por proces](#)[Menú](#)

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones hugo fernando rojas rojas ,

HUGO FERNANDO ROJAS ROJAS con el NIT 7692486 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

[Haga clic aquí para continuar >](#)

[Buscar...](#)

Id de página: 14001741

[Ayuda ?](#)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

318199

Firma Medico

Nombre y Apellidos

HUGO F. ROJAS ROJAS

C.C. 7692486

De: MEIVA

Universidad

SURCOLOMBIANA

Ciudad

MEIVA

Código

27749144

Fecha de expedición

30/11/98



05-1015361

Página N° : 1
Fecha ingreso : 28/02/2017 06:17:26 AM
Fecha impresion : 21/03/2017 04:48:54 PM

No. de Orden : 1015361	No. Interno : 1015361
Paciente : ROJAS ROJAS HUGO FERNANDO	Edad : 42 a 3 m 23 d
Documento Id : 7692486	Teléfono : 3172588004
Empresa : MEDICINA INTEGRAL IPS S.A.	E-Mail : ADMISIONESPER@medici
Sede : PEREIRA	No. Autoriza: 999

HBSAC**

Web

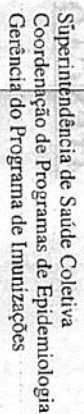
Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
<u>HORMONAS</u>			
<u>HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS</u>			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	229.5	UI/L	0 - 0
se sugiere correlacionar con historia clínica.			
VALORES DE REFERENCIA:			
No reactivo: Menor a 10			
Reactivo: Mayor o igual a 10			
CONTROL VACUNACION			
Menor o igual a 10 Revacunación			
10 - 100: Niveles de protección			
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad			
Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

Firma: LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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



MAI V

100

1999

Jetons

Vacina Dose	Dupla Adulto	Anti-Influenza	Anti-Pneumocócica	Outras
1ª	04/05/2009		Herath FS B 04/05/2009	H1N1 <u>12/01/10</u>
2ª	04/06/2009			
3ª	04/12/2009		04/06/2009	
Ref.			04/12/2009	

Cliveden: 18/2/2011

NOTES: 1. See my answer to the question "What is the best way to get a job?" in the "Answers" section of this book.

DE L'UNION FRANÇAISE

42065011

CHRYSLER

1000000

Y0779-220-11A12