

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 19:56:37

SAMANTA STELLA RI...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → **Menú**Id de página: 10005916 [Ayuda ?](#)**OPORTUNIDADES
RECIENTES**

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Haga clic
para acceder
a la ayuda

Menú de búsqueda	Búsqueda	Mis procesos	Directorio SECOP	Subasta electrónica
Herramientas de trabajo	Oportunidades de negocio	Mis ofertas	Directorio SECOP	Subasta electrónica
Páginas inteligentes	Procesos SECOP	Mis contratos		
	Plan anual de adquisiciones			
	Gestión de compradores			
	Gestión de evaluaciones realizadas			
	Gestión de evaluaciones recibidas			



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RIVAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RINCONES	NOMBRES SAMANTA STELLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57438555		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 3 MES SEP AÑO 1973 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 134 A # 53-30 APTO 412 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7975641 EMAIL samto32@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE
											AÑO	1990

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).

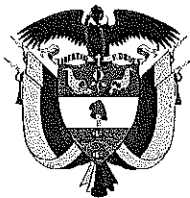
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO		7	1999	01152001

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		



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD RED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urgenciashospitalsantaclara@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urgenciashospitalsantaclara@gmail.com	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 5 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	DEPENDENCIA SERVICIO DE URGENCIAS	DIRECCIÓN CRA14BNo. 1 45SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HUMM MEDERI	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@mederi.com.co	
TELÉFONOS 5600520	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 6 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA SERVICIO DE URGENCIAS	DIRECCIÓN CALLE24No. 29 45	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAMI CHAPINERO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.servisasesorias.com.co	
TELÉFONOS 3499080-3453883	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 8 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	DEPENDENCIA SERVICIO DE URGENCIAS	DIRECCIÓN CALLE 66 No. 15 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2201303-22015447	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 16 MES 11 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	DEPENDENCIA SERVICIO DE URGENCIAS	DIRECCIÓN CRA68BISNo. 64 44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD ADMINISTRATIVA HOSPITALARIA NAZARETH	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 7 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 2 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL DE CONSULTA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN CRA16No. 47B 06	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	14	6
PRIVADO	3	7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRIBUIDA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	14	4

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 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Boquilla 18/dic/2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

[Firma manuscrita]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 57438555 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 134 A # 53-30 APTO 412

Teléfonos 3165661921 7975641

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JULIANA ROSERO RIVAS	1004461643	HIJO(A)
PABLO JOSE RIVAS MIER	4977229	PADRE
MELVA ESTHER RINCONES DE RIVAS	41498382	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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 75.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 75.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	001970147797	BOGOTA	\$ 1.000.000,00
BANCOLOMBIA	AHORRO	69948811111	BOGOTA	\$ 500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

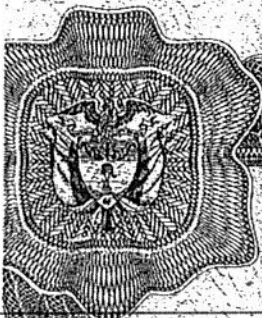
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasual o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL (LA)

INSTITUTO LA MILAGROSA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN
RESOLUCION No. 13957 DEL 22 DE AGOSTO DE 1985

CONFIERE A

Santa Stella Rivas Bincenes

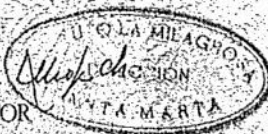
IDENTIFICADO CON T.I. No. 730930-10334 DE Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER COMERCIAL

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

Hna. Encarna Olarte
RECTOR



Hna. Lucina Montalvo
SECRETARIO



DADO EN Santa Marta A 23 DE Noviembre DE 1990

ANOTADO AL FOLIO 1.010 LIBRO DE REGISTRO 4 REG. # 51921

SECRETARIO DE EDUCACION

Rey Dargatzis

Nº 493254

EN Santa Marta A 25 DE Enero DE 1991

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

Samantha Stella Rivas Rincón

C.U. No. 57.438.555 de Santa Marta - Mag.

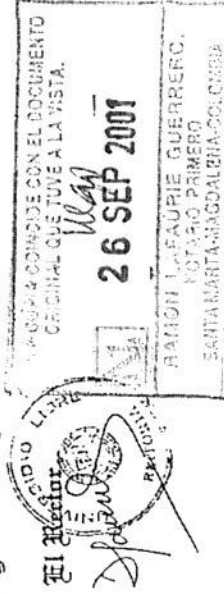
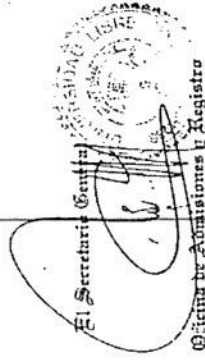
ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico y Cirujano

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
[Firma]
Escuela de Medicina
Universidad Libre

En la ciudad de Barranquilla,
29 de Julio de 1999.
Acta 5575 Folio 92 Libro 33



14 de Octubre
Folio 0513 Libro de Registro 002

[Firma]
Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO

CT 26361



Instituto La Milagrosa - Santa Marta

Hermanas de la Caridad Dominicas de La Presentación

Bachillerato Técnico con Especialidad en Comercio

Aprobado por Resolución 465 de septiembre 29 de 2000, en los niveles de Básica y Media.

ICFES: 040881 - DANE: 347001001914 - NIT: 890201334 - 7

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta a los veintitrés (23) días del mes de noviembre del año de 1990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de las alumnas del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del INSTITUTO "LA MILAGROSA". Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional para formalizar la graduación de las alumnas de último grado y otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial, según Resolución Número No. 13957 de agosto 22 de 1985.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER COMERCIAL** a la graduanda cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
33	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES	C.C No. 57.438.555 Santa Marta

Duplicado tomado del Acta Original No. 06 de fecha veintitrés (23) del mes de noviembre del año 1990 que consta de cincuenta y dos (52) alumnas graduadas, comienza con el nombre de MILENA ACEVEDO PRADA y se cierra con el nombre de LAUDITH PALMINA WEDEFOR CHACÓN. Firmado y sellado por HNA. EMMA ROSA ILLIDGE CHARRIS (Rectora) y HNA. LUCÍA MATILDE (Secretaria).

DUPLICADO. Expedido en Santa Marta a los diecinueve (19) días del mes de febrero de 2014

Hna. Emma Rosa Illidge Charris
Hna. Emma Rosa Illidge Charris
C.C. 36.520.035 de Santa Marta
Rectora

Firmado y Sellado

Mayol Esther Arrieta Davila
Mayol Esther Arrieta Davila
C.C. 57.426.819 de Santa Marta
Secretaria



UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3598866
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado No. 3575
Folio No. 92

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla siendo las 5:00 del día veintinueve (29) de julio de 1999, se reunieron los Doctores PEDRO ARAGON CANCHILA, Rector Seccional, BETTY LLANOS DE BLANCO, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y TULIO DIAZ PERTUZ, Secretario Académico de la misma Facultad: con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación hecha por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 008 25-x de 1996, de acuerdo con el literal 10 del art. 34 del Estatuto de la Corporación Universidad Libre, del egresado RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA identificado con la C.C. No. 57.438.555 de Santa Marta (Magd.) quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos del programa, en virtud de lo expuesto

RESUELVE:

Otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA, al egresado, RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA, previo juramento que se le toma por el Rector Seccional; acto seguido se procede a hacer entrega al graduado Sr. (a) RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA 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 29 días del mes de julio de 1999

Para constancia se expide y firma la presente Acta

El Rector

El Secretario Académico

El Decano

El Graduado

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANATURA

**LA SUSCRITA DIRECTORA
DE FORMACIÓN CONTINUA
DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
NIT: 860.007.759-3**

CERTIFICA

Que SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES, identificada con C.C 57438555, asistió al SEMINARIO FORTALECIENDO HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL MARCO DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA, realizado el 25 de noviembre de dos mil quince (2015), con una intensidad de dos (2) horas académicas.

Se expide en Bogotá, D.C., a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015).

Cordialmente,



Diana María Gutiérrez Castellanos

DIANA MARIA GUTIÉRREZ CASTELLANOS
*Directora
Formación Continua*

Certificate of Achievement

This is to certify that

Samanta Rivas

has successfully completed

**Exam - Occupational and Environmental Cancer:
Recognition and Prevention**



Canadian Partnership
Against Cancer (CPAC)

with a score of 100%

National Committee on
Environmental & Occupational
Exposures (NCEOE)

On the date of
Aug 16, 2014



LA SUB-RED NORTE DE LAS ESTRATEGIAS MATERNO - INFANTILES

CERTIFICA QUE:

SAMANTA RIVAS RINCONES

C.C. 57438555

Asistió y aprobó el curso "Clínico de AIEPI,
con una intensidad horaria de 45 horas,

Bogotá, Septiembre 6, 10, 13, 17, 20, 24, 27, y Octubre 1,8 de 2010

Maria Isabel Ramirez P.

MARIA ISABEL RAMÍREZ PLAZAS
LÍDER DE PROCESO SALUD PÚBLICA

Edgar Silvio Sánchez Villegas

EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS
GERENTE





SALAMANDRA

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE

Samanta Stella Rivas Rincones

Aprobó el

Curso Integral Salamandra

Este programa acredita 80 horas de educación continua en los componentes de:

**ATENCIÓN DEL TRAUMA, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y
URGENCIAS MÉDICAS**

Como constancia se firma en Bogotá, el Diez (10) del mes de Diciembre de 2010



*Certificado No. 5965 Registrado en el folio del Curso
CIS 31 de la Fundación Salamandra
El 10 de Diciembre de 2010*

**Entrenamiento Integral
en Medicina de Urgencias**

Laureano Quintero Barrera
Director Científico

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

CERTIFICA QUE :

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

ASISTIÓ AL SEMINARIO TALLER

*GESTIÓN Y CONTROL DE FACTURACIÓN
Y CUENTAS MÉDICAS*

REALIZADO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

LOS DÍAS 23 DE FEBRERO MARZO 1-8-15 DE 2008,

CUMPLIENDO CON UN TOTAL DE 36 HORAS DE TRABAJO ACADÉMICO

LEONARDO ROSANÍA O. M.D.

LEONARDO ROSANÍA O. M.D.
DIRECTOR CIENTÍFICO

LUIS FELIPE MENDOZA A.

LUIS FELIPE MENDOZA A.
GERENTE ADMINISTRATIVO



Certifican que:

Samantha Rivas Rincones

Asistió al 1er. Congreso Costa Caribe de Residentes y Egresados de Ginecología y Obstetricia,
15 y 16 de Agosto de 2008, Salón de Eventos Hotel Puerta del Sol, Barranquilla, intensidad 12 horas.

M. Villanueva

DR. MARIO VILLANUEVA PEÑARANDA
Presidente - Universidad Libre

Alfredo Barroza

DR. ALFREDO BARROZA TAMARA
Secretario - U. Metropolitana

J. G. Sánchez

DR. JOSE G. SANCHEZ CONSUEGRA
Tesorero - U. San Martín

M. J. Mendoza

DR. MARIO JULIO MENDOZA
Coordinador Científico

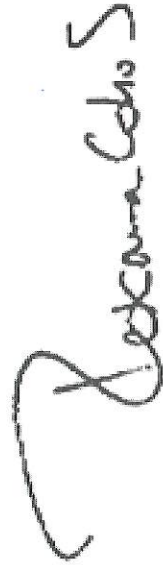
**Asociación Colombiana de Otorrinolaringología,
Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial**

a

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

**Como asistente al
Seminario de Actualización de las Guías Oficiales ACORL para el Manejo de las Patologías
más Frecuentes en Otorrinolaringología**

Barranquilla Junio 02 de 2007



**Presidente
Junta Directiva**





**Secretario
Junta Directiva**

2 C.E.M

LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

Por intermedio del Centro de Educación Continuada

Certifica que

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

Participó en el programa

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Intensidad: 20 horas

Dado en Barranquilla a los 17 días del mes de Julio del 2007



Director Centro de Educación Continuada



Conferencista

 **Centro de
Educación
Continuada**





GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

COLEGIO COLOMBIANO DE MEDICOS DE URGENCIAS
Y
ASOCIACION DE MEDICOS GENERALES DEL ATLANTICO

OTORGAN EL DIPLOMADO DE:

MANEJO Y ACTUALIZACION EN URGENCIAS MEDICAS

A

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

QUIEN APROBÓ 120 HORAS DE ESTUDIO ACADÉMICO CATEGORIA I DE
EDUCACIÓN CONTINUADA DURANTE LOS MESES DE MARZO A JUNIO DEL 2006

LEONARDO ROSANÍA O.

LEONARDO ROSANÍA O. M. D.
DIRECTOR CIENTÍFICO GESCON

LUIS FELIPE MENDOZA A.

LUIS FELIPE MENDOZA A.
GERENTE ADMINISTRATIVO GESCON

CRISTÓFADILLA R.

CRISTÓFADILLA R. M. D.
DIRECTOR CIENTÍFICO ASOMEGA

RAMIRO ARIZA

RAMIRO ARIZA M. D.
PRESIDENTE C. C. M. U.

XXV

*Congreso Colombiano
de Obstetricia y Ginecología*



ASOCIACIÓN SUCREÑA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



SOCIEDAD DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA DEL CESAR



ASOCIACIÓN BOYACENSE
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CERTIFICAN que:

SAMANTA RIVAS RINCONES

Dr(a)

Asistió al XXV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.
Medellín, 6 al 10 de Junio de 2006,
con una intensidad de 18 horas.

Organiza:



FECOLSOG

Dr. José William León Avellaneda
PRESIDENTE

Dr. José Ignacio Madero Cervera
SECRETARIO



ASOCIACIÓN DE MÉDICOS GENERALES DEL ATLÁNTICO

I Congreso Médico Internacional

I Congreso Nacional de Urgencias

VII Congreso Nacional

&

VIII Congreso Médico Regional Costa Caribe
de Medicina Basada en la Evidencia

Samantha Pizar Pimones

Asistió en calidad de:

PARTICIPANTE

Barranquilla 12, 13, 14 y 15 de Julio de 2006 intensidad 32 horas

Dr. Pedro Carrillo Rodríguez
Presidente

Dr. Edinson Ariza Sandoval
Secretario

Dr. Luis Padilla Rodríguez
Coordinador Científico



IV

CONGRESO TROPICAL DE
MEDICINA CONTEMPORANEA
EL CONGRESO DE AMOR Y AMISTAD



ASOCIACION DE MEDICOS DEL SUR DE BARRANQUILLA

Otorga a:

SAMANTA RIVAS RINCONES

El presente certificado como: PARTICIPANTE en el
IV CONGRESO TROPICAL DE MEDICINA CONTEMPORANEA
Celebrado en Barranquilla del 15 al 17 de Septiembre de 2005
Intensidad Académica: 30 Horas

Dr. ATILIO NÚÑEZ P.
Presidente

Dr. OSVALDO MIRANDA
Secretario

Dr. VECHO LÓPEZ M.
Coordinador Científico

Las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de la Costa Norte



*Sociedad de Obstetricia
y Ginecología del Magdalena*



*Sociedad de Ginecología
y Obstetricia del Cesar*

Certifican que:

Dra. SAMANTHA RIVAS RINCONES

ASISTIÓ AL:

**III CONGRESO DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
COSTA NORTE**

En calidad de: **PARTICIPANTE**

*Durante los días 29,30 de septiembre y 1 de octubre de 2005
en la ciudad de Santa Marta, Colombia.*

Con una intensidad de 24 horas

ARMANDO SOLANO GÁMEZ
Presidente del Congreso

GUILLERMO VERGARAS.
Presidente Comité Científico



Corporación de Lucha Contra el Sida

Con el respaldo académico de



New York AIDS
Institute



ONUSIDA
UNICEF • UNDP • UNFPA
UNESCO • WHO • WORLD BANK
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS



Certifican

Que

Samanta Rivas

Asistió al VII Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas y VIII Seminario Integral del Sida,
celebrados en Santiago de Cali, Colombia, los días 20, 21, 22 y 23 de marzo de 2002,
con una intensidad de 36 horas.

Corporación de Lucha contra el Sida
JAIME GALINDO QUINTERO, M.D.
Presidente - Director del Curso y Seminario

Asociación Colombiana de Medicina Interna
JESÚS ENRIQUE FONSECA IRAGORRI, M.D.
Presidente Capítulo Valle

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Libre de 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, Samanta Stella Rivas Pinzones 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 y Cirujano
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Samanta Stella Rivas Pinzones

57438555

01152001

Calle 13A # 53-30 Apto 412

3165661921 - 7975641

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES** Identificada con CC. N° 57.438.555, presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
AS 1543 2015	08-05-2015	31-05-2015	\$2.510.592
AS 1587 2015	11-06-2015	31-08-2015	\$9.885.456
AS 2376 2015	07-09-2015	30-09-2015	\$4.200.000
AS 2905 2015	14-10-2015	31-10-2015	\$3.600.000
AS 3285 2015	06-11-2015	30-11-2015	\$5.040.000
AS 4139 2015	01-12-2015	31-12-2015	\$4.680.000
AS 0465 2016	01-01-2016	09-01-2017	\$61.953.000
PS-1105-2017	10-01-2017	30-09-2017	\$61.050.000

OBJETO:

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN MEDICINA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Realizar examen, evaluación, diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes que requieran la atención. 2. Diligenciar en forma adecuada la historia clínica y toda la documentación requerida para la atención eficaz del paciente de acuerdo a la resolución 1995 de 1999 y anexos reglamentarios. 3. Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los pacientes bajo su cuidado. 4. Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese. 5. Concertar agendas de acuerdo al número de horas solicitadas en la Orden de prestación de servicios. 6. Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades. 7. Participar en la política de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos. 8. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria al igual que los eventos adversos. 9. Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos a su cargo. 10. Participar en investigaciones de tipo aplicado, tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la población. 11. Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la prestación del servicio. 12. Cumplir con las agendas programadas por el coordinador del servicio. 13. Ejercer la auditoría médica cuando sea asignado para ello. 14. Asistir a las reuniones funcionales del servicio. 15. Mantener la reserva de la información. 16. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades. 17. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 18. Realizar informe de actividades finales para ser entregado y aprobado tanto por el supervisor como por el interventor.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día 14 de agosto de 2017



LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

NIT 900210981-6

CERTIFICA:

Que la Señora **SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES**, identificada con Cédula de Ciudadanía Nro. **57.438.555**, vinculada a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** desde el **12 de junio de 2012**, con un contrato a término fijo, ocupando el cargo de **MEDICO GENERAL** con una asignación mensual \$ 3.374.000 Moneda Legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 17 de abril de 2017.

MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
Jefe de Talento Humano
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

Para Confirmar información favor llamar a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. Talento Humano. Calle 24 No 29-45 Tel: 5600520 ext. 4132

C.L.533/2012

LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y LEGAL CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **57.438.555** laboró en nuestra compañía como trabajador en misión en la empresa usuaria **HOSPITAL DE CHAPINERO** desempeñando el cargo de apoyo temporal **MEDICO** durante el siguiente periodo:

Desde el 01 de Agosto de 2009 hasta el 12 de Julio de 2010.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los 19 días del mes de Octubre de 2012.

Cordialmente,



JAIRO ERAZO PUENTES
Director Administrativo y Legal
Proyecto: Laurenth Melissa Copete

C.L.534/2012

LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y LEGAL CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **57.438.555** laboró en nuestra compañía como trabajador en misión en la empresa usuaria **HOSPITAL DE CHAPINERO** desempeñando el cargo de apoyo temporal **MEDICO DE URGENCIAS** durante los siguientes periodos:

Desde el 05 de Agosto de 2010 hasta el 30 de Julio de 2011.

Desde el 26 de Agosto de 2011 hasta el 05 de Julio de 2012.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los 19 días del mes de Octubre de 2012.

Cordialmente,



JAIRO ERAZO PUENTES
Director Administrativo y Legal
Proyecto: Laurenth Melissa Copete

**LA SUSCRITA JEFE DE PERSONAL
CERTIFICA S.A**

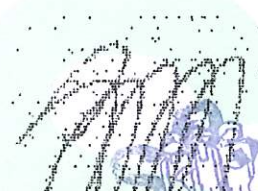
Que el (la) señor (a) **RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA** identificada (a) con cédula de ciudadanía número **57.438.555** laboró como trabajador en misión para nuestra empres cliente **HOSPITAL DE CHAPINERO** desempeñando el cargo de Medico Urgencias 4 horas

Desde el 2009/08/01 hasta 2010/07/12

Desde el 2010/08/05 hasta 2011/07/30

Con un contrato de trabajo por obra o labor determinada, La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Agosto de 2011.

Cordialmente,



SHIRLEY JIMENEZ
Coord. Administrativa y de personal

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA



DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ
NIT. 900336524-5

EL SUSCRITO JEFE DEL GRUPO DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ HACE CONSTAR:

Que el Señor (a) **RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA**, Identificado(a) con C.C. No. **57438555**, ha celebrado con la **POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL**, los contratos de prestación de servicios que a continuación se relacionan, los cuales no generan relación laboral ni prestaciones sociales de acuerdo con lo establecido en el Artículo 32 de la ley 80 de 1993.

CONTRATO	MODALIDAD	ESPECIALIDAD (OBJETO)	VALOR MENSUAL	VALOR CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
31-7-20131 DE 2010	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	MEDICO GENERAL	\$ 2.466.000,00	\$ 14.796.000,00	6 MESES	3 de Diciembre de 2010	3 de Junio de 2011

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado el día 26 de Enero de 2011. el contratista ha laborado bajo la modalidad de prestación de servicios profesionales por un periodo dos años.

Mayord
DIETMAR ALEXANDER ARIZA LEMUS
Contratos Seccional Sanidad Bogotá

ELABORADO POR: SI FINO FUENTES JULIO
FECHA DE ELABORACIÓN:
ARCHIVO: GADFI - SECSA MEBOG

"Humanismo y calidad, camino a la excelencia en la Sanidad Policial"

gucothocen@policia.gov.co

Carrera 68 B Bis No. 64 -44, Teléfono 22016447, 2201303, 2201416

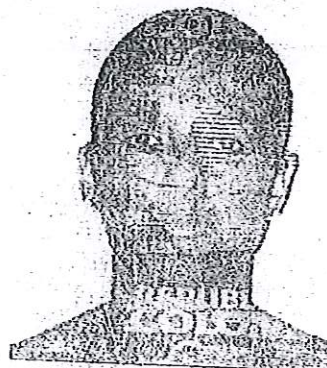
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.438.555
RIVAS RINCONES

APELLIDOS
SAMANTA STELLA

NOMBRES

Samanta Stella Rivas Rincones
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1973
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

09-MAR-1992 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0300150-00055341-F-0057438555-20080821

0002456193A 1

3390008350

CONTRIBUYENTE CC 57438555

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

Información General

Dirección CR 53 134 31 AP 208

Teléfonos 3003133388

Dirección electrónica samto32@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 19515557

Fecha Inicio Actividades 04/04/2007

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: 17001560706

Fuente ICA TE TOCA

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



Libertad y Orden

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

47 115/2001

Profesión u Ocupación

Registro No.

MEDICO

Nombres y Apellidos

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

C.C. o C.F.

C

57438555

De

SANTA MARTA

Institución de Educación

Ciudad

U. LIBRE ATLANTICO B/QUILLA

Código

D32837/01

Fecha de Expedición

08/05/02

FIRMA

Samanta S Rivas Rincones

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

Carlos M. Rojas R.

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

SAMANTA STELLA

RIVAS RINCONES

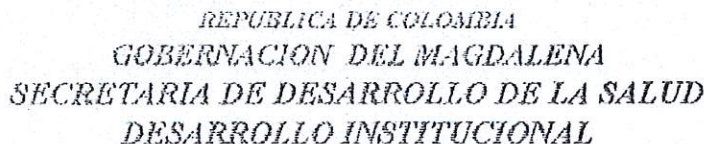
C.C 57438555

MEDICO(A)

Sandra Mila Ruiz
FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 25/06/2009



0115

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA,
en cumplimiento a lo expresado en el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, expedido por el
Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

Que SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES, con cédula de Ciudadanía No 57.438.555 de Santa Marta - Magdalena, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO Y CIRUJANO, título que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE, según acta de grado No 3575. del 29 de Julio de 1.999.

Que cumplió con el servicio social obligatorio en el Centro de Salud de Bastidas, durante el periodo comprendido entre el 9 de Septiembre del 1.999 hasta el 30 de Diciembre del 2.000.

ARTICULO UNICO: Autoriza a Samanta Stella Rivas Rincones, con cédula de Ciudadanía No 57.438.555 de Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO en el territorio nacional.

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

~~MARIO VELÁSQUEZ LINERO~~
~~Secretario de Desarrollo de la Salud~~

PIEDAD DE LA HOZ ORÓZCO
Profesional Universitario



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 *

Número de Identificación *

Cedula de Ciudadanía



57438555

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

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

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

C-4848

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 57.438.555 de Santa Marta y T.P. o R.M. No. 47-115/2001 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).


FRANCISCO JAVIER HENAO
Presidente





**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO**



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Subred Integrada de Servicios
de Salud Norte E.S.E.



8238505

Orden No: **8238505**
Paciente: **RIVAS SAMANTHA**
Documento Id: **CC 57438555**
E.P.S.: **HOS-USAQUEN**
Sede: **ORQUIDEA**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

Fecha de ingreso: **23-Aug-2018 11:09 am**
Fecha de impresion: **01/10/2018**
Edad: **44 Años 10 meses 24 días** Sexo **F**
Telefono: **3165661921**
Cama:
Procedencia:

Examen

Resultado

Unidades

Valores de Referencia

ANEXOS



**LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN**
ANTHONY RAMIREZ

Página 1 de 1



90304363

Nombre: **RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA**
Identificacion: **CC 57438555** Tel. **3003133388**
Edad: **44 Años 10 Meses 21 Días** Sexo **F**
Medico: **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento: **8238505**

Fecha de recepcion: **03-sep-2018 4:38 pm**
Fecha de impresion: **14-sep-2018 2:17 pm**
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**
Sede: **REFERENCIA**
Fecha Validacion: **04-sep-2018 5:40:00a.m.**

Copia

Examen

Resultado

Unidades

Valores de Referencia

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE
Metodo: Quimioluminiscencia

23.0

mUI/ml

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.739.827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1.020.739.827
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

BIT: 026.066.0013
Sede Principal: Calle 49 No. 15-80 • PBX: 744 7455 • Fax: 744 7519 • Ext. 2365 • 2369
Sede Norte: Calle 30 #16 - 16-91 • PBX: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 39 No. 10-40 Corb. 204 • Tels: 252 2019 • 252 2717 • Fax: 252 2019
Calle 65 No. 12-16 • Tels: 295 5740 • Fax: 297 2012

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre: RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA
Genero: Femenino
Cargo: MÉDICO
Fecha de ingreso: 16/01/2017 08:11 a. m.
Empresa: SALUD OCUPACIONAL CALLE 49

Identificación: CC 57438555
Edad: 43 AÑOS
Orden No. 52071
Fecha de salida: 16/01/2017 08:37 a. m.
Destino: SALUD OCUPACIONAL CALLE 49



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO DE INGRESO

Exámenes realizados:

Examen Medico De Ingreso

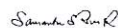
Concepto APTO

Restricciones:

Recomendaciones - Observaciones - Remisiones

Higiene postural y pausas activas
Uso de elementos de protección personal de acuerdo con el riesgo
Capacitar en prevención del riesgo ocupacional.
Control ocupacional periódico de acuerdo con el SG-SST
Hábitos de vida saludable

Incluir en SVE No



Nombre Médico Evaluador
ARDILA PULIDO LUIS ENRIQUE
Registro médico: Licencia SO: 12121 de 23/12/2008

Paciente
RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA
CC 57438555

CERTIFICA QUE:

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

C.C. 57.438.555

Ha completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de formación ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional

BOGOTÁ D.C DEL 11 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2018

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 79.719.243-8



Lina Medina
LINA MARIA MEDINA
GERENCIA



Nelson F. Castillo
NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CALLE 14B #119-76 FONTIBON - EL RECODO

Y : 3508026259-3505618740-3222354745

: angdelasalud@hotmail.com

: @angdelasalud

DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA NOVIEMBRE 2020

CERTIFICA QUE:

SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

C.C 57.438.555

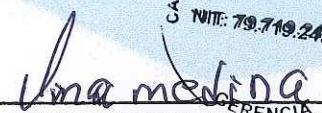
Ha completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de formación **SOPORTE VITAL BASICO (BLS)** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional

BOGOTÁ D.C DEL 11 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2018

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 79.719.243-8


LINA MARIA MEDINA
GERENCIA




NELSON F. CASTILLO
DIRECCION



DIRECCION CALLE 14B #119-76 FONTIBON - EL RECODO

Y : 3508026259-3505618740-3222354745

: angdelasalud@hotmail.com

: @angdelasalud

DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA NOVIEMBRE 2020

CERTIFICA QUE:
SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES
C.C. 57.438.555

Ha completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de formación en **SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)** con una intensidad horaria de cuarenta y ocho **(48)** horas, basado en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTA D.C DEL 11 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2018

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 79.719.243-8


LINA MARIA MEDINA
GERENCIA




NELSON F. CASTILLO
DIRECCION



DIRECCION CALLE 14B #119-76 FONTIBON - EL RECODO

 Y  : 3508026259-3505618740-3222354745

 angdelasalud@hotmail.com

 : @angdelasalud

DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA NOVIEMBRE 2020



CE-006 - 0000000100 - 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57438555
NOMBRES Y APELLIDOS	Rivas Rincones, Samanta Stella
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rivas Rincones, Samanta Stella, a los 14 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **57,438,555**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

57438555

Numero de Documento

Positiva

ARL

Samanta

Primer Nombre

Stella

Segundo Nombre

Rivas

Primer Apellido

Punzones

Segundo Apellido

30/09/1973

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ

Ciudad de Nacimiento

Calle 134A #53-30 A412

Dirección de Residencia

7975641

Teléfono Fijo

Samitas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Médico General

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Samanta.Rivas.2@gmail.com

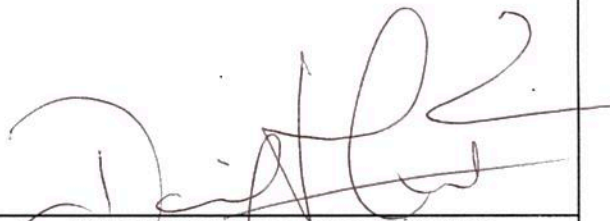
Correo Electrónico

31656619 21

Celular

Samanta Stella Rivas

Firma del Afiliado


Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 2236316

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119087564



WEB

04:20:37

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 57438555:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 04:22:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	57438555
Código de Verificación	57438555181212042246

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 4:25 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) **SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO** de SANTA MARTA

57438555

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

[INICIO](#) [INSTITUCIÓN](#) [CONTÁCTENOS](#) [PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:04:04 horas del 15/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 57438555

Apellidos y Nombres: **RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao),
 Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes a
 viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Contratación

Portal Único de



Gobierno en Línea



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/01/23

Por medio de la presente hacemos constar que la señora SAMANTA S RIVAS R
con Cédula de Ciudadanía número 57438555
de SANTA MARTA-MAGDALENA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 001970147797

Fecha Apertura 2009/07/09

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

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

FECHA:	2017/12/18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RIVOS	RIVOS	SAMANTA	STELLA
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	57438555	SANTA MARIA	1992/03/09
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
30/09/73	BOGOTA	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3165661921

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO TECNICO ☒	BACHILLER OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:		PROFESION / OFICIO	Mejor
-----------------------------------	-----------------------------------	---	---	-----------------------------------	----------------------------------	-------	--	--------------------	-------

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 134 A #53-30	BOGOTA	CUNDINAMARCA	Colombia	7975641

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
Samanta.rivos@gmail.com		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☒ NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☐ NO ☒	86211
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
				AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	VICIOS ☐	UD ☒	# NIT
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
DG 34#5-43		3649666		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA
CARGO ACTUAL		MEDICO GENERAL		FECHA VINCULACION	5/05/2015

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	3'000.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	7'500.000	ARRIENDOS	1'900.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2'000.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	7'500.000	TOTAL EGRESOS	6'900.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
JIMENEZ	TOVAR	ANITA	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
TV 613#90-90	BOGOTÁ	Amiga	311 8054401

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Dominionda	Cuenta Ahorro	001970147747	CENTRO	3303938

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐	EXPORT ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL: <input type="text"/>

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

MEDICO GENERAL

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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 último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, 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 Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 médica, 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 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 INFORMACIÓN 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 capítulo 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, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 : 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlatf@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. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " 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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Damaris Rivas R.

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:		