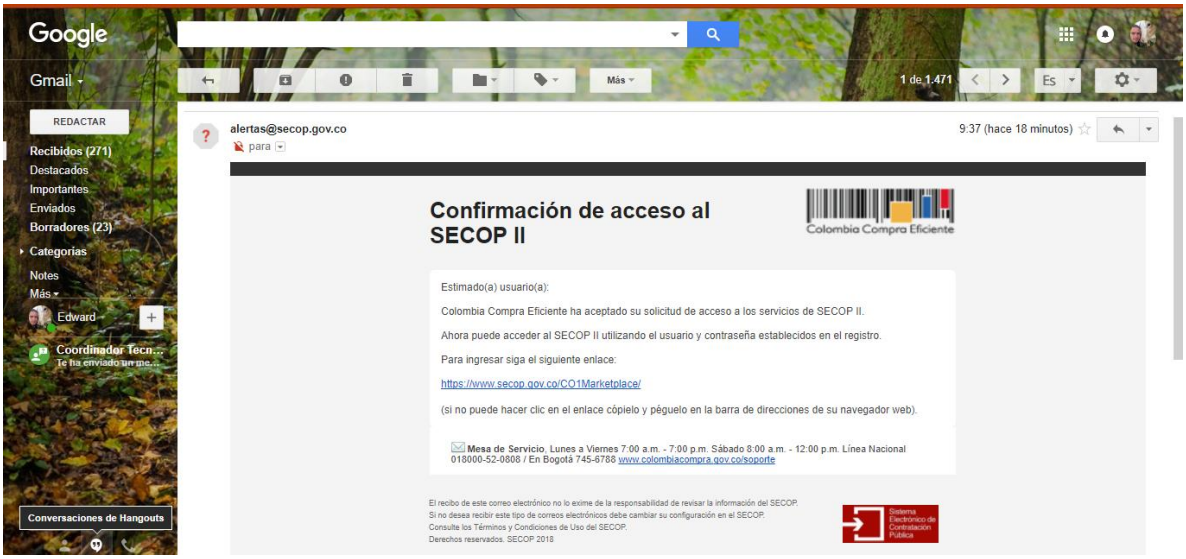

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 9:36:59
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Edward Ivan Ramirez Oliveros,
Edward Ivan Ramirez Oliveros con el NIT 1070598970 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 >


Google
Gmail
REDACTAR
Recibidos (271)
Destacados
Importantes
Enviados
Borradores (23)
Categorías
Notes
Más
Edward
Coordinador Tecn...
Te ha enviado un me...
Conversaciones de Hangouts
Más
1 de 1.471
Es
alertas@secop.gov.co
para
9:37 (hace 18 minutos)
Confirmación de acceso al SECOP II
Colombia Compra Eficiente
Estimado(a) usuario(a):
Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.
Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.
Para ingresar siga el siguiente enlace:
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/
(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).
Mesa de Servicio, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0808 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/soporte
El recibo de este correo electrónico no lo exime de la responsabilidad de revisar la información del SECOP.
Si no desea recibir este tipo de correos electrónicos debe cambiar su configuración en el SECOP.
Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.
Derechos reservados. SECOP 2018
Sistema Electrónico de Contratación Pública

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ramirez	Oliveros	Edward Ivan

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1070598970

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 89102753160 D.M 41

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 27 MES 10 AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 77 Bis #69 a 80.

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 3216769481 EMAIL edveterinaro@gmail

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2016
										X	

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		Médico Veterinario	03	2016	31962

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

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

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	proteccionanimal@saludbogota.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
031 - 4427117	DÍA 29 MES 01 AÑO 2018	DÍA 28 MES 09 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinador esterilizaciones	Salud Publica	Calle 116 #7b 82

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Vicente de Paul San Juan Rioseco	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca		

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
1313885 5032	DÍA 08 MES 05 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Tec. Sacramento Arbotal	Salud Publica	cl. 4 #1-52.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Finca el Refugio.			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca.	Combita	blosternaster@agnation.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3002111791	DÍA 03 MES 04 AÑO 2016	DÍA 25 MES 01 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Med. Veterinario	Auxiliar IVC, Clinico.	Viendo Santa Barbara

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Biogaraderas.		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca.	Yotoco.	biogaraderas@agnation.com.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3016704818.	DÍA 16 MES 08 AÑO 2015	DÍA 20 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Pasante Veterinario	B.P.C, clinica.	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

Scanned with CamScanner

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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	19

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) 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 Bogota 14 de Septiembre del 2018.

Edward Rovira O.

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

Scanned with CamScanner

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. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO: Edward Ivan Romero Oliveros.

IDENTIFICADO CON: CC [X] CE [2] OTRO [3] No 1070598970. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: Cra 79 a No. 11g-10 Int. 8 Apt 201. TELÉFONOS: 3216765481

MUNICIPIO: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca. PAIS: Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Maria Oliveros	20617113	Madre

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** [X], **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	$ 7.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 7.000.000

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
Davivienda	Ahorros	800106726	Bogota	1'000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Ninguno.		

Scanned with CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Ninguno		

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
Ninguno	

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
Ninguno	

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

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
Ninguno.	

3. FIRMA

Edward Romero O.
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogota. 14 de Sept del 2018.
CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO

CONFIERE EL TITULO DE

MEDICO VETERINARIO

A

Edward Juán Ramírez Olideros

C.C. No. 1.070.598.970 de Girardot

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 4 DIAS DEL MES III DE 2016

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 51-5 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 26

BOGOTÁ, D.C. 7 DE III DE 2016

No. 45629

ELABORO

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
Personería Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO NUMERO 45629

El Rector de la Universidad, el Decano de la facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **EDWARD IVÁN RAMÍREZ OLIVEROS**

Con cédula de ciudadanía No. 1.070.598.970 de Girardot

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA VETERINARIA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

MEDICO VETERINARIO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 4 días del mes de MARZO de 2016

MARTHA ALICE LOSADA FALK
RECTOR

ANDRES CORREA GARCIA
DECANO

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 51-5 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 26

Scanned by CamScanner

EL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

El señor **EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS**, identificado con cedula de ciudadanía número 1.070.598.970 asistió a la **CAPACITACIÓN EN TOMA, PRESERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS,** con una intensidad de 4 horas, realizada el día 22 de septiembre de 2017 en la ciudad de Bogotá D.C.

Dado en Bogotá D.C el día 22 de Septiembre de 2017

AMPARO LEONOR GNECCO RODRIGUEZ
SUBDIRECTORA LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA

IICA

El Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) y
el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)
confieren el presente certificado a:

Edward Ivan Ramírez Oliveros

Por haber aprobado en la modalidad virtual, el curso:

"Formación de capacitadores en Buenas Prácticas Pecuarias, Buenas Prácticas de Manufactura y HACCP"

Realizado del 05 de septiembre al 27 de noviembre del 2016, con una duración de 72 horas efectivas.
Dado a los 08 días del mes de diciembre del 2016 en San Salvador, El Salvador.

Dr. Lauriano Figueroa Quiñonez
Director Regional de Inocuidad de Alimentos
OIRSA

Dr. Robert G. Ahern
Líder, Sanidad Agropecuaria
e Inocuidad de Alimentos, IICA

3er. SIMPOSIO DE FARMACOVIGILANCIA DE CUNDINAMARCA

HOMENAJE PÓSTUMO AL DR. JUAN R. ROBAYO

1er. ENCUENTRO DEPARTAMENTAL DE TECNOVIGILANCIA



La Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Dirección de Inspección y Vigilancia

Certifican que:

EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS

Asistió al:

TERCER SIMPOSIO DE FARMACOVIGILANCIA DE CUNDINAMARCA
Y PRIMER ENCUENTRO DE TECNOVIGILANCIA

Realizado en Bogotá D.C. el 28 de Julio del 2016

DIEGO JOHANY ESCOBAR GUINEA
Secretario de Salud
Gobernación de Cundinamarca

DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
Directora Inspección Vigilancia y Control
Gobernación de Cundinamarca

SECSALUD | CUNDINAMARCA unidos podemos más

Activar
Ir a Confi

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.070.598.970

Cursó y aprobó la acción de Formación

ASPECTOS SANITARIOS EN LA NUTRICION Y LA ALIMENTACION

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Armenia, a los ocho (8) días del mes de junio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
NESTOR JIMENEZ SERNA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

NESTOR JIMENEZ SERNA
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROINDUSTRIAL
REGIONAL QUINDÍO

35828603 - 08/06/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9120001196097CC1070598970C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.070.598.970

Cursó y aprobó la acción de Formación

IMPLEMENTACION DE BUENAS PRACTICAS GANADERAS EN FINCAS LECHERAS

con una duración de 120 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Mosquera, a los veintinueve (29) dias del mes de julio de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA
REGIONAL CUNDINAMARCA

28928575 - 29/07/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el numero 951200998614CC1070598970C.

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Antonio Nariño

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Edward Iván Ramirez Oliveros 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 Veterinario

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1070598970

Tarjeta profesional No: 31962

Dirección de contacto: Cra 79 No. 11ª-40 Torre 8 apt 201 Parques de Castilla 7

Teléfono: 3216765481

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	IDPYBA
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	
	CERTIFICACIÓN	
	Código: PA06-PR03-F01 / **Versión: 1.0**	

EL SUBDIRECTOR DE GESTION CORPORATIVA DEL IDPYBA

CERTIFICA:

Que revisadas las carpetas y archivos contractuales del año 2018 de la Oficina de Gestión Contractual del IDPYBA, se encontró que EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS con Cédula de Ciudadanía No. 1.070.598.970 de Girardot, suscribió con el INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL el Contrato de Prestación de Servicios que se detalla a continuación:

CONTRATO:	Contrato de Prestación de Servicios N.° 250 de 2018
NOMBRE DE LA ENTIDAD:	Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal
NIT:	901097324-6
CONTRATISTA:	EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS
C.C. o NIT. CONTRATISTA:	1.070.598.970 de Girardot
PLAZO INICIAL:	OCHO (08) MESES
VALOR TOTAL:	$ 20.408.000 M/CTE
VALOR MENSUAL:	$ 2.551.000 M/CTE
FECHA DE INICIACIÓN:	29 DE ENERO DE 2018
FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN:	28 DE SEPTIEMBRE DE 2018
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA INTEGRAL DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA PARA HOGARES DE ESTRATOS 1, 2 Y 3 EN EL DISTRITO CAPITAL.
OBLIGACIONES:	1. Apoyar el seguimiento en campo al desarrollo del programa de esterilización canina y felina en estratos 1,2 y 3 en el Distrito. 2. Solicitar al operador contratado por el IDPYBA los soportes físicos generados y base de datos actualizada producto de la ejecución del programa de esterilización en cada zona, llevando un control de los registros en condiciones de oportunidad, calidad y de fácil acceso a la información. 3. Participar y representar técnicamente, en las mesas de trabajo con las entidades y autoridades nacionales, distritales y locales que correspondan que tengan relación directa con el objeto contractual cuando sea requerido, o cuando sea asignado por el supervisor del contrato. 4. Emitir los conceptos técnicos, pertinentes relacionados con el objeto contractual.

	5. Realizar un plan de mejoramiento a bajas o malas calificaciones por parte del tenedor o propietario acerca de la imagen del proceso operativo prestado por el operador. 6. Realizar seguimiento a los pacientes fallecidos, encontrando su causa y realizando un informe médico que sustente la causa fisiopatológica y origen del evento y presentar informe estadístico. 7. Realizar un plan de mejoramiento a los pacientes con alguna complicación postoperatoria, al igual que a los pacientes ASA reprogramados, y presentar informe estadístico, y acción final ejecutada. 8. Apoyar y participar efectivamente en las actividades programadas, relacionadas con el objeto contractual (semana distrital de protección animal, expopet, etc). en marco del desarrollo del proyecto de inversión 7521 programa integral de esterilización canina y felina en el Distrito Capital. 9. Asistir y participar en las reuniones a las que sea convocado, y generar las actas o ayudas de memoria respectiva, en marco del desarrollo del proyecto de inversión 7521 programa integral de esterilización canina y felina en el Distrito Capital. 10. Elaborar y entregar al supervisor del contrato un informe mensual de la gestión adelantada en el que se refieran las actividades propias del objeto del contrato y las relacionadas, el cual deber ser entregado en físico y medio magnético. 11. Las demás obligaciones contractuales, requeridas y que se relacionen con el objeto contrato.
ESTADO:	EN EJECUCIÓN

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los dieciocho (18) días del mes de abril del año 2018.

EDGAR ARTURO PINTOR PELAEZ
SUBDIRECTOR DE GESTION CORPORATIVA
IDPYBA

Proyectado por:	JUAN SEBASTIAN ROJAS	Contratista	
Aprobado por:	CINDY NAVARRO	Profesional Especializado Contractual	

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma.

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Salud y Bienestar nuestro compromiso

CERTIFICACION No 008/2018

LA PROFESIONAL ADMINISTRATIVA Y DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL" DE SAN JUAN DE RIOSECO,

C E R T I F I C A :

Que revisados los archivos de la E.S.E., **EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS**, identificado con cedula de ciudadanía No 1070598970, realizo actividades como **TECNICO DE SANEAMIENTO,** en la Empresa Social del Estado "Hospital San Vicente de Paul" de San Juan de Rioseco, Apoyando la ejecución del contrato interadministrativo No 419-2017 suscrito entre la Secretaria de Salud de Cundinamarca y la E.S.E., para el municipio de Viani, de acuerdo a los siguientes contratos:

CONTRATO N°	TERMINO DE EJECUCION	VALOR
121	08-05-2017 a 09-10-2017	$9.247.955
251	10-11-2017 a 31-12-2017	3.584.527

La presente se expide a solicitud del interesado.

En constancia se firma en San Juan de Rioseco, a los tres (03) días del mes de enero de Dos Mil Dieciocho (2018).-

PAULA ANDREA TORRES VIDAL

Profesional Área Administrativa y Directiva

Elaboro: Martha C.

Finca El Refugio

CERTIFICA

Que el SEÑOR, EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.070.598.970. Laboro con nosotros mediante contrato a término indefinido desde el 03 de Abril del 2016, hasta el 25 de Enero del 2017, desempeñando el cargo de Médico Veterinario, demostrando ser una persona responsable, cumplidora de sus deberes, realizando las siguientes funciones:

- Consecución de la Certificación de Buenas prácticas Ganaderas
- Diagnóstico de enfermedades y respectivo tratamiento
- Verificar las condiciones higiénico – sanitarias de animales, instalaciones, alimento y medicamentos.
- Realizar acciones de capacitación al cuerpo técnico sobre animales, manipulación de alimentos, aspectos técnicos y sanitarios.
- Inspección epidemiológica en el control de enfermedades zoonóticas.
- Prevención y control sanitario de artrópodos y roedores.
- Realizar muestreos de agua y alimentos para análisis fisicoquímicos y microbiológicos.
- Programas de recolección y disposición de basuras y prestar asesoría a los mismos.

MOTIVO DE RETIRO: VOLUNTARIO

Dado en el municipio de Combita, Boyacá a los cinco (5) días del mes de Febrero del dos mil diecisiete (2017), por solicitud del interesado.

Cordialmente,

Jairo Sarmiento López
Propietario
Teléfono: 3002111771

LA SUSCRITA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GANADEROS ECOLÓGICOS – BIOGANADEROS

CERTIFICA

Que el señor **EDWARD RAMÍREZ** identificado con la C.C. 1'070.598.970 de Girardot realizo su pasantía del 16 de agosto de 2015 al 20 de diciembre de 2015 en la Asociación Colombiana de Ganaderos Ecológicos BIOGANADEROS, en la finca del asociado José Vicente Narváez identificado con la C.C. 16'622.080 de Cali.
Durante la pasantía el estudiante desarrollo las siguientes actividades.

- Inspección epidemiológica en el control de enfermedades zoonóticas.
- Prevención y control sanitario de artrópodos y roedores.
- Realizar muestreos de agua y alimentos para análisis fisicoquímicos y microbiológicos.
- Programas de recolección y disposición de basuras y prestar asesoría a los mismos.
- Diagnóstico de enfermedades Consecución de la Certificación de Buenas prácticas Ganaderas 2015.
- Verificar las condiciones higiénico – sanitarias de animales, instalaciones, alimento y medicamentos.
- Realizar acciones de capacitación al cuerpo técnico sobre animales, manipulación de alimentos, aspectos técnicos y sanitarios y tratamientos correspondientes.

Esta certificación se expide por solicitud del interesado, a los 28 días del mes de febrero de 2017.

DARNELLY ESPERANZA CRUZ
DIRECTORA EJECUTIVA

BioGanaderos
Asociación Colombiana de Ganaderos Ecológicos

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.598.970

RAMIREZ OLIVEROS

APELLIDOS

EDWARD IVAN

NOMBRES

Edward Ivan Ramirez Oliveros

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1989

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

13-DIC-2007 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1510900-00151090-M-1070598970-20090225 0010071386A 1 25906790

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14412535996

(415)7707212489984(8020) 000001441253599 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1070598970 | 6. DV 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de identificación: 1070598970

27. Fecha expedición: 2007 12 13

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Cundinamarca 25

30. Ciudad/Municipio: Girardot 307

31. Primer apellido: RAMIREZ

32. Segundo apellido: OLIVEROS

33. Primer nombre: EDWARD

34. Otros nombres: IVAN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Bogotá D.C. 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 26 SUR 93 D 38 BRR TIERRA BUENA TO 5 AP 204 CON SENDEROS DE IPANEMA

42. Correo electrónico: edveterinario89@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3549571

45. Teléfono 2: 3216765481

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7500	2017 04 21						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2017 04 21

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 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Edward Ramirez Oliveros

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

984. Nombre: SANCHEZ VEGA LUZ ADIELA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 21-04-2017 02:26:

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21-04-2017
Hora: 2:38:04 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1070598970-1 EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS

Información

Dirección	CL 26 SUR 93 D 38 TO 5 APTO
Teléfonos	3549571-
Dirección	edveterinario89@gmail.com
Fax	3216765481

Información de

Fecha Inscripción	21/04/2017
Soporte Inscripción	23207887
Fecha Inicio Actividades	21/04/2017
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 7500-ACTIVIDADES VETERINARIAS
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Scanned by CamScanner

COMVEZCOL LEY 073 DE1985

MVZ CONSEJO PROFESIONAL

DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA



Matricula Profesional

31962

EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS

DI: 1070598970 GIRARDOT

Médico Veterinario

Universidad Antonio Nariño

Acuerdo 1047 de 2016-04-15 Pdte : Ramon Correa Nieto

Resumen de pago

Su transacción fue aprobada

Número de transacción **APIE8260091712302088**

Medio de pago

Banco: BANCO DAVIVIENDA
CUS: 369792097
Dirección IP: 192.168.44.167
Estado: Aprobada

Resumen de pago

Fecha y hora:	17 de septiembre de 2018 - 12:35 hrs.
Número de transacción:	APIE8260091712302088
Nombre del servicio:	CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y
NIT:	8002190770
Dirección:	CL 101 71 A 52
Ciudad:	BOGOTA
Email:	edveterinario89@gmail.com
Celular:	3216765481
No. Identificacion:	1070598970
Primer Apellido:	Ramirez
Valor:	**$18.000,00**

APROBADA

Banco Caja Social | SUPERINTENDENCIA FINANCIERA VIGILADO

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

_____

_____

CAFAM

Caja de Compensación Familiar

APROBADO: Jefe Sección Prevención y Salud Laboral VERSIÓN: 3

29-03-2016 F: 5822

CAFAM

Salud



Nos apasiona verte vital y saludable

Carné de Vacunación

Nombre: Eduard Ivan Romero

Identificación: 1070 596 910 Teléfono: _____

Dirección: _____

_____

Centro de Atención

VIGILADO SuperSubsidio Cafam Dirección Cultura y Comunicaciones

Scanned with CamScanner

Hepavax-Gene® TF iny. I.M.
Vacuna Hepatitis B (rDNA), Sin Timerosal
1 mL (20µg - 1 dosis adulto)
Almacenar de 2°C - 8°C. NO CONGELAR
Janssen Vaccines Corp.
Reg. No.: INVIMA 2017M-0006143-R1
Lot No. : 1434033 03
Exp. Date: 2020 01 09

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
HEPATITIS B	1ª	06 ENE 2018	Hepavax	Alexandra
	2ª	17 SEP 2018	Recombivax	Cristhel
	3ª	17-OCT-2018		

Recombivax B – (HBsAg 20µg/1 ml) Adulto 1 dosis
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conservar entre +2°C - +8°C
No congelar
Vía intramuscular
Para uso inmediato
Por: LG Life Sciences Ltd.-Corea
Colombia: R.S. No. INVIMA 2006M-007900 R-1
Lot No: UFX18001
MANUF: 19 Feb. 18
EXP: 18 Feb. 21

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
HEPATITIS A	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
VARICELA	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
INFLUENZA	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	1ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
	1ª			
	2ª			
	3ª			
	4ª			
	5ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
VPH	1ª			
	2ª			
	3ª			

SUBDIRECCIÓN SALUD CAFAM
C.A.S. FLORESTA
VACUNA

Este carné debe traerlo en cada consulta y conservarlo en buen estado.

Scanned with CamScanner

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE			
Nombres:	EDWAR IVAN RAMIREZ OLIVEROS		
Tipo de Documento:	CC **Documento**	1070598970	
Sexo M **F. Nacimiento:**	27/10/1989	**Edad:**	27 Años
Entidad:	PARTICULAR*	**Cargo:**	MEDICO VETERINARIO
Centro de Costo:	N/A		
Fecha de Atencion:	2017-04-21		
Fecha y Hora entrega resultados:	21/04/2017 12:16 PM		

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ANDRES EDUARDO FLECHAS GONZALEZ **RM:** 25575779/2015

Firma y sello del Médico Evaluador

EDWAR IVAN RAMIREZ OLIVEROS
1070598970
C.C
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 18 No. 5-45Edificio Seviduro
Tel.:(+1) 281 4605 – 286 6993 – 286 6362

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal, 26) No. 42 Sur, Villamayor Tel.:(+1) 456 5010 – 293 6884

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-66
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-62
Tels.:(+1) 447 0060 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 86 No. 17-08
Tels.:(+1) 4146387 – 280 94

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 63-29
Tels.:805 1875 – 610 87 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 85-69
Tels.:(+1) 257 6026 – 256 2552

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Business Center Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre.
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 28 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+6) 674 6816 – 674 6815

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Avenida, Calle 32 No 30B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 84 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 3935

MEDELLIN
Carrera 65 No. 44 B-91 Barrio la Aranjuez
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7611

CALI
Calle 16 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 668 6669 – 662 7557

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 89102753160



APELLIDOS Y NOMBRES
RAMIREZ OLIVEROS
EDWARD IVAN

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC **2019**	31 - DIC **2029**	31 - DIC **2039**

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP.: **03-ENE-2007**

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

287347

EJ AKT 796

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

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

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

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

FECHA:	17/09/18	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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Ramirez	Olivos	Edword	Ivon		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X	CE	RC	NUIP	1070595970	Girardot / Cundinamarca	2007/12/13
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
27/10/89	Girardot/Cundinamarca	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	0	0	3216765401

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	Veterinario

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 7 A No 11A-40	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3549571

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
elveterinario@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC	CE	RC	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI		NO X	Digitar el codigo del rut	7500
		NO X		SI		NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:	

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	2'500.000 $ 0	ARRIENDOS	550.000 $ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	2'500.000 $ 0	TOTAL EGRESOS	550.000 $ 0	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Corona	Gonzalez	Moises	Alberto
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CR 26 SUR # 95 A 58	Bogota/Cund.	Amigo	3108621855

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros.	055000880106726	Bogota/Cund.	3383838.

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

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión Medico Veterinario.

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

Scanned with CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota**: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciala, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 Bosatá DC. telefono 344 44 84 , e-mail juridica@subredcentroriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension 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.

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

Edwar Ronet Olivos

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

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

Scanned with CamScanner

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS identificado(a) con cedula ciudadania 1.070.598.970 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180203	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARIA FERNANDA SANCHEZ
10135649

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Scanned with CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS identificado(a) con C.C No. 1.070.598.970, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de septiembre del 2018.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1070598970 Numero de Documento	Positiva ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Edward	Ivan	Ramirez	Olivares

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
27/10/1989	Girardot/Cund.	Cra 19A No. 11A-40	3549571

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Compensar	Colfondos	$ 3.000.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Med. Veterinario Escriba su perfil técnico o profesión	

Correo Electrónico	Celular
eduveterinario89@gmail.com	3216765481

Edward Ramirez O.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 114150373

WEB
21:14:55

Bogotá DC, 22 de agosto 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) EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070598970:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de agosto de 2018, a las 21:12:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1070598970
Código de Verificación	1070598970180822211254

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2399753

Bogotá D.C., 22 de Agosto de 2018 - 21:21 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL SETENTA MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA**

1070598970

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_DP9_2021
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:23:58 horas del 22/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1070598970**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ OLIVEROS EDWARD IVAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **22/08/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDWARD IVAN RAMIREZ OLIVEROS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1070598970**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550000800106726**
Fecha de apertura	**14/08/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA