

San José del Guaviare, 07 de abril de 2022

Teniente Coronel

**MARIA DE LOS ANGELES RADA MENDEZ**

Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N.7 (E)

Calle 15 No. 15a-33

Villavicencio, Meta

Respetado señor Coronel,

Asunto: Ofrecimiento de servicios

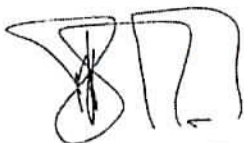
Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Unidad prestadora de Atención en Salud Guaviare, mis servicios como médico auditor de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare para tal efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: Calle12 No. 20-65 barrio la esperanza -San José del Guaviare

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente,



JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

CC 7.160.482



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RIAÑO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ		NOMBRES JOSE ALBEIRO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 7160482			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 7160482 D.M 07					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 22 MES FEB AÑO 1969 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Villa De Leyva			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 57 No. 5b - 14 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3114522439 EMAIL albeiromd5@gmail.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 ACADÉMICO		
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	NOVIEMBRE	1987

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).  
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN	9 2006	
Universitaria	12	X	MEDICINA	9 2001	2863-2002

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	SABER SALUD	2020	40
ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CRITICO	SABER SALUD	2020	120
SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS	SABER SALUD	2020	48



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

**sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PROGRAMA DE CAPACITACION	VIRREY SOLIS IPS SA	2006	16
VI CONGRESO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	GRUPO ECOMEDICOS	2006	30
VI CONGRESO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	GRUPO ECOMEDICOS	2006	5
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, MATRICES	GRUPO ECOMEDICOS	2006	5
7 CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO DE SEMINARIO TALLER HUMANIZACION EN LA FORMULACION DE PROYECTOS	FUNDACION PARA LAS AMERICAS P.L.A- FONADE-SENA-ESE 1er NIVEL GUAVIARE	2006	27
ORGANIZACION LOCAL DE LA ESTRATEGIA AIEPI CLINICO	SENA-FONADE- ESE 1ER NIVEL GUAVIARE	2005	16
FACTURACION Y AUDITORIA EN PROMOCION Y SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO	ALCALDIA MUNICIPAL Y SECRETARIA	2005	30
CONTRATACION Y MODELO DE PAGO EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	GOBERNACION DEL GUAVIARE	2005	24
I TALLER DE RESCATE PARA PROFESIONALES	FONADE-SENA- ESE RED DE SERVICIOS DE	2005	16
V SIMPOSIO NACIONAL DE URGENCIAS	FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS	2005	16
IV SIMPOSIO NACIONAL DE URGENCIAS	CEDAP	2005	16
VI CURSO GASTROENTEROLOGIA	GOBERNACION DEL GUAVIARE-SECRETARIA DE	2004	12
CURSO CLINICO UNIVERSITARIO	ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER	2004	12
INTERNADO ROTATORIO	CRUZ ROJA COLOMBIANA	2004	10
MANEJO DE DOLOR EN LOS NIÑOS	CRUZ ROJA COLOMBIANA	2004	14
MANEJO PRACTIVO DE LA ENFERMEDAD	CRUZ ROJA COLOMBIANA	2004	14
V CURSO DE ACTUALIZACION EN MEDICINA	COLSANITAS	2001	10
MEDICINA DEL ADULTO Y CUIDADO INTENSIVO	HOSPITAL SAN JOSE-FACULTAD	2001	60
CEFALEA	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL	2001	10
VII CONGRESO NACIONAL DE FARMACOLOGIA	FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE	2001	4
INVESTIGACION MEDICA	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL	2000	6
III CONGRESO DE MEDICOS INTERNOS	UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA	2000	14
AVANCES EN MEDICINA MATERNO INFANTIL	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	2000	30
SIMPOSIO DE MEDICOS INTERNOS	GRUPO DE DOLOR DE RISARALDA Y CREAD	1999	10
XI SIMPOSIO NACIONAL DE URGENCIAS	ASOCIACION COLOMBIANA DE FARMACOLOGIA	1999	20
INFESCION A NIVEL INTRAHOSTALARIA	UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA	1998	30
	UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA Y	1998	30
	UNIVERSIDAD TECNOLOGIACA DE PEREIRA-	1997	20
	UNIVERSIDAD TECNOLOGIACA DE PEREIRA	1995	30
	COLEGIO COLOMBIANO DE MEDICOS DE	1992	22
	LABORATORIOS SPECIA	1990	4



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar

**Sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 23-dic-2021  
Fecha Validación: 23-dic-2021

## DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD albeiromd5@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2017"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL HOSPITALARIO,	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD registrycontrol@senado.gov.co	
TELÉFONOS 3826306	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>
CARGO O CONTRATO ASISTENTE III SENATORIAL	DEPENDENCIA UTL LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA	DIRECCIÓN CALLE 12 No. 7-32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD POLICIA NACIONAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD deguv.grusa-secre@policia.gov.co	
TELÉFONOS 3173641285	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR DE CUENTAS	DEPENDENCIA SANIDAD	DIRECCIÓN COMANDO DE POLICIA GUAVIARE	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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 ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840045	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA ÁREA DE HOSPITALIZADOS	DIRECCIÓN CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840045	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 9 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA ÁREA DE HOSPITALIZADOS	DIRECCIÓN CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECOM EPS		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840722	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

## 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 CAPRECOM EPS		PÚBLICA X	PRIVADA  PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840722	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 7 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRADOS "ASSIN" SAS		PÚBLICA  PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD assinguaviare@gmail.com	
TELÉFONOS 3182376056	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CALLE 12 B No. 19-53 BARRIO EL	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECOM EPS		PÚBLICA X	PRIVADA  PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840722	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 1 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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 EJERCITO NACIONAL - SANIDAD MILITAR 4006 NIT 830.039.670-5		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6349890	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 1 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR	DEPENDENCIA SANIDAD	DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA EL RETORNO	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECOM ESP		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840722	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECOM EPS		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5840722	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 1 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN CALLE 10 No. 20 -39 BARRIO LA	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar

**Sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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 EJERCITO NACIONAL - SANIDAD MILITAR 4006 NIT 830.039.670-5		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 6349890	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 1 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR	DEPENDENCIA SANIDAD	DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA EL RETORNO		
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECOM EPS		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 5840722	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 10 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN CALLE 10 No. 20 - 39 BARRIO LA		
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD OUTSOURCING SALUD LTDA		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 5849620	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CARRERA 24 No. 6 - 42 BARRIO 20 DE		



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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 PRECOOPERATIVA DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA Y SUMINISTROS		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD preformar@live.com	
TELÉFONOS 8701581	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 9 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD	DIRECCIÓN CARRERA 18 No. 8-30 OFICINA 102		
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD HILFSWERK AUSTRIA INTERNATIONAL		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3212052611	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 8 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL Y ASESOR	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CALLE 13 No. 24A - 47 BARRIO EL		
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3182480241	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 11 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 5 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD	DIRECCIÓN CALLE 7 No. 23-51		



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar

**sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 23-dic-2021  
Fecha Validación: 23-dic-2021

## 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 ONIC	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2842168	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO MEDICO Y ASESOR EN SALUD	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CALLE 13 No. 4-38	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD TALENTUM COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3414101	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 3 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR MEDICO P Y P	DEPENDENCIA VIRREY SOLIS IPS	DIRECCIÓN CARRERA 6 No. 26 85 PISO 5	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3182450241	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 3 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 6 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR DE PROGRAMAS DE	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD	DIRECCIÓN CALLE 7 No. 23-51	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

## 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 DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3182480241	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 2 AÑO 2004	FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 2 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO SUBGERENTE DE LA UNIDAD	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD	DIRECCIÓN CALLE 7 No. 23-51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3182480241	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2001	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2002	
CARGO O CONTRATO MEDICO DEL SERVICIO SOCIAL	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD GUAVIARE	DIRECCIÓN CALLE 7 No. 23 51	

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	9	4
Pública	15	8
Total	18	9

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

## FORMULARIO ÚNICO

### DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA



Última Actualización: 04-Abr-2022

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C.  C.E.  T.I.  No. 7160482 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Guaviare

Municipio San Jose del Guaviare

Dirección Calle 12 No. 20-65

Teléfonos 3007139337 3114522439

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA TERESA RAMIREZ OCHOA	23269228	Madre
ADRIAN THOMAS RIAÑO ARANZAZU	1034792047	Hijo(a)
ANDRES MAURICIO RIAÑO PEREZ	1020800614	Hijo(a)
LUNA CAROLINA RIAÑO ARANZAZU	1034788467	Hijo(a)

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	\$ 116.495.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 116.495.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	20030992143	SAN JOSE DEL GUAVIARE	\$ 2.500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Finca	FINCA SAN BERNARDO - CUND	\$ 30.000.000,00
Apartamento	APARTAMENTO	\$ 430.000.000,00



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

### FORMULARIO ÚNICO

## DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA



Última Actualización: 04-Abr-2022

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO COLPATRIA	HIPOTECA APARTAMENTO	\$ 430.000.000,00
SINDY JOHANA SANCHEZ	ARRIENDO	\$ 13.800.000,00
MARIA ISABEL REYES TIQUE	SECRETARIA	\$ 9.800.000,00
SEGURIDAD SOCIAL	SALUD PENSION Y ARL	\$ 15.464.000,00
UNIVERSIDAD JAVERIANA	UNIVERSIDAD ANDRES MAURICIO RIAÑO	\$ 9.600.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
PAOLA ANDREA ARANZAZU VERA	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	1120571043

### 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 PARTICIPACION
ACTIVIDADES DE CONSUTORIA DE GESTION AUDITORIA	CONTINUA
ACTIVIDAD DE PRACTICA MEDICA	CONTINUA
OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA	CONTINUA

### 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SAN JOSE DEL GUAVIARE 04-ABRIL-2022

CIUDAD Y FECHA



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 23-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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).

San José del Guaviare - 04-Abr-2022  
Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA


6

**OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**FUERZAS MILITARES**  
 Tarjeta Reservista Segunda C

**7160482**

PERTENECE AL EJERCITO DE  
 1A. LINEA      2A. LINEA      3A. LINEA  
 31-DIC. 99      31-DIC. 99      31-DIC. 19

**APELLIDOS Y NOMBRES**  
**RIANO RAMIREZ**  
**JOSE ALBEIRO**  
 BACHILLER  
 PROFESION



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
  - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
  - Ingresar a la carrera administrativa
  - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
  - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
  - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
  - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

  
**TE. FILOCARIS PINZON TURCIOS**  
 CDTE. DIM No. 55

**7160482**  
**DUPLICADO**  
**19 JUN 94**  
 FECHA EXP.

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14810728634



(415)7707212489984(8020) 000001481072863 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 1 6 0 4 8 2

6. DV

8

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

7 1 6 0 4 8 2

27. Fecha expedición

1 9 8 7, 0 4, 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Boyacá

1 5

30. Ciudad/Municipio

Tunja

0 0 1

31. Primer apellido

RIAÑO

32. Segundo apellido

RAMIREZ

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

ALBEIRO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 57 CL 5 B 14 BRR SAN GABRIEL BRR PUENTE ARANDA

42. Correo electrónico

albeiromd51@hotmail.com

43. Código postal

1 1 1 6 1 1

44. Teléfono 1

3 1 1 4 5 2 2 4 3 9

45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Ocupación**

**Actividad principal**

46. Código

8 6 2 1

**Actividad secundaria**

48. Código

7 0 2 0

**Otras actividades**

50. Código

8 2 9 9

**1 2**

8 6 9 9

**51. Código**

2 2 2 1

**52. Número establecimientos**

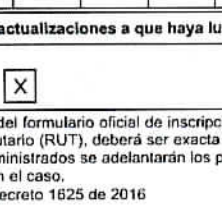
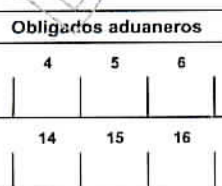
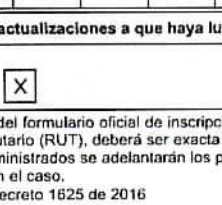
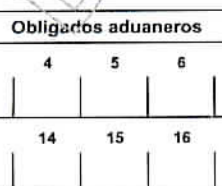
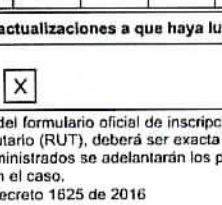
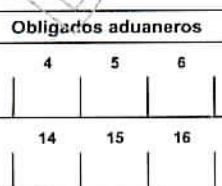
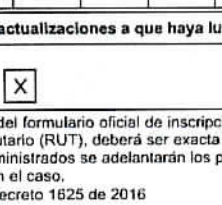
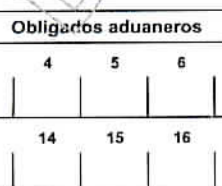
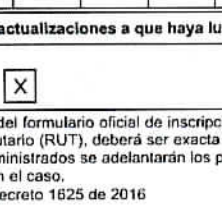
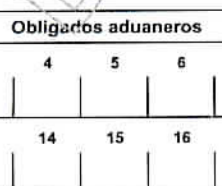
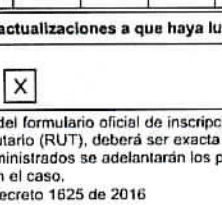
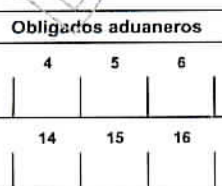
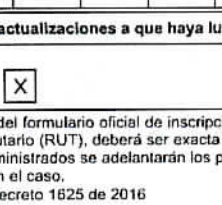
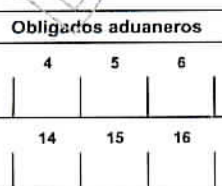
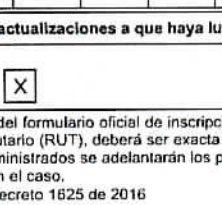
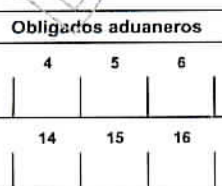
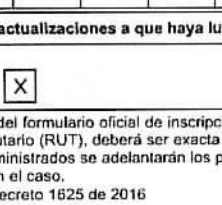
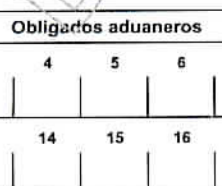
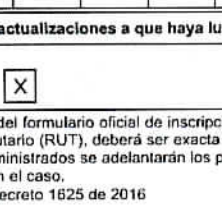
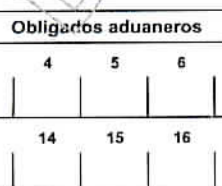
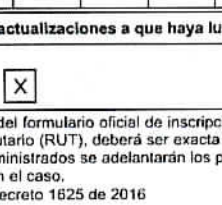
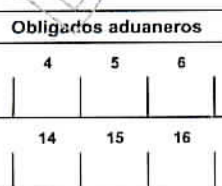
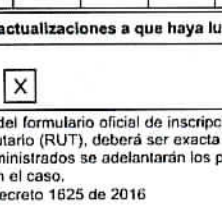
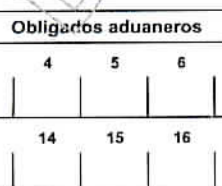
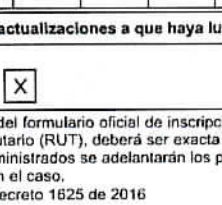
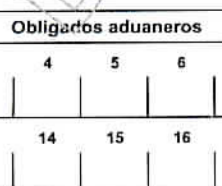
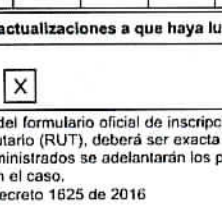
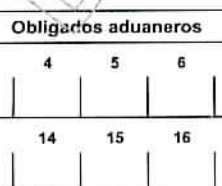
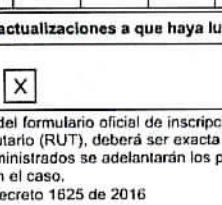
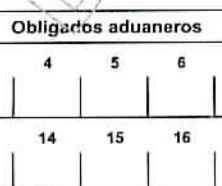
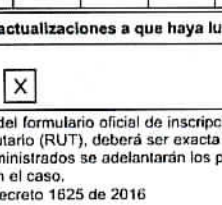
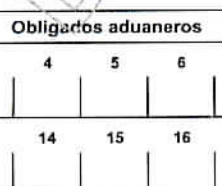
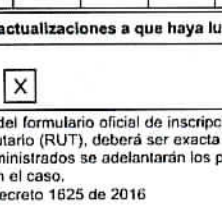
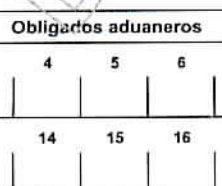
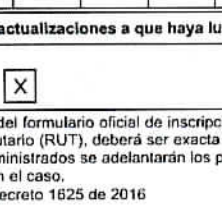
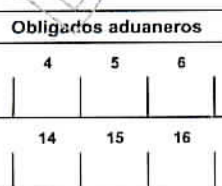
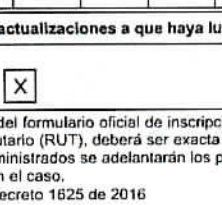
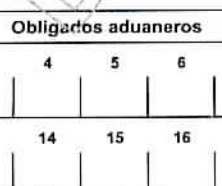
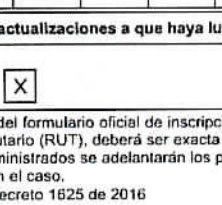
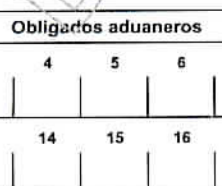
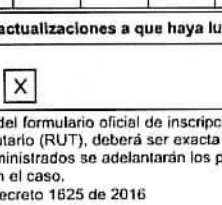
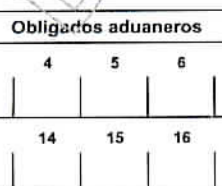
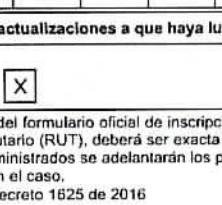
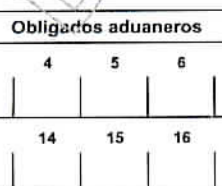
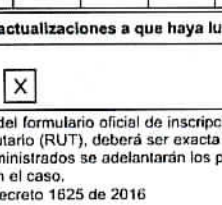
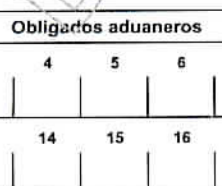
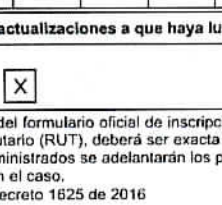
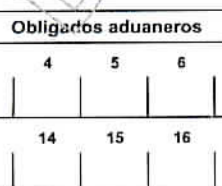
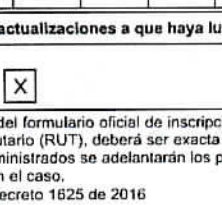
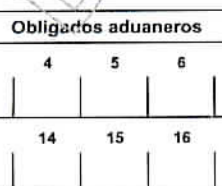
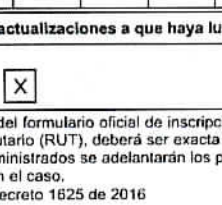
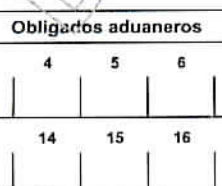
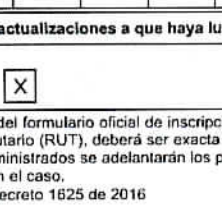
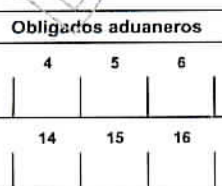
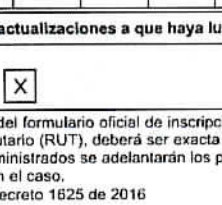
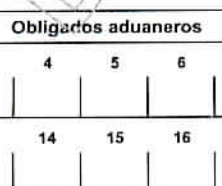
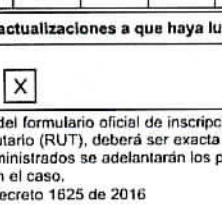
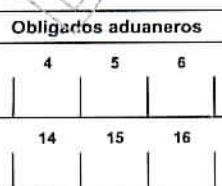
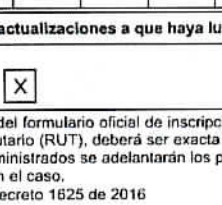
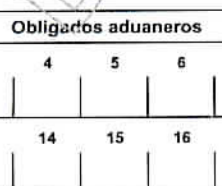
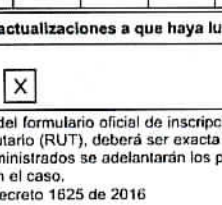
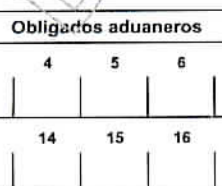
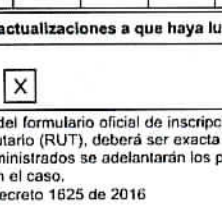
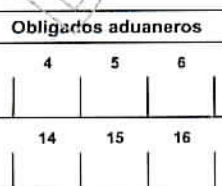
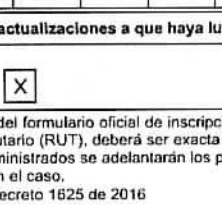
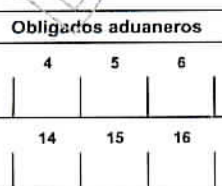
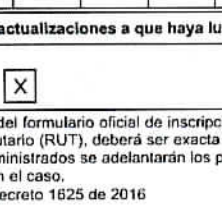
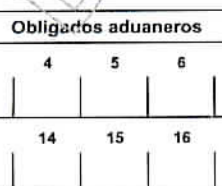
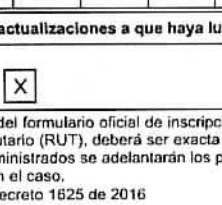
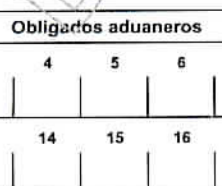
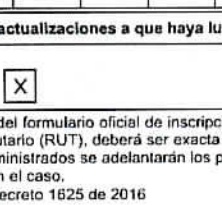
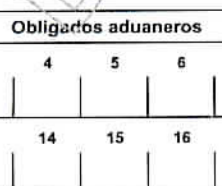
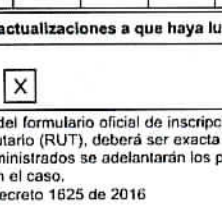
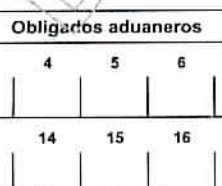
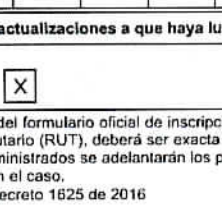
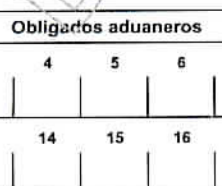
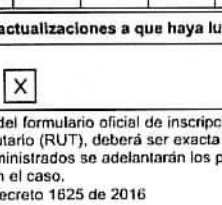
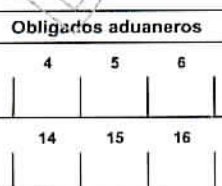
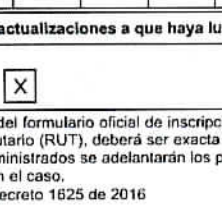
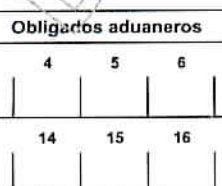
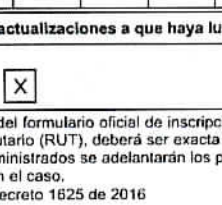
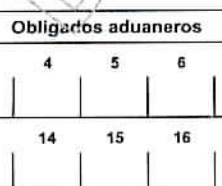
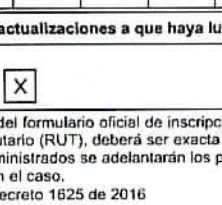
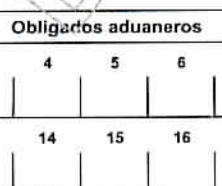
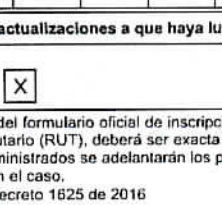
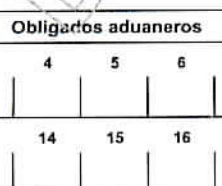
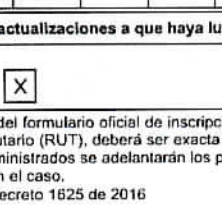
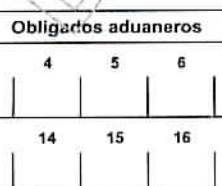
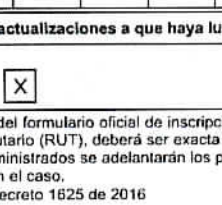
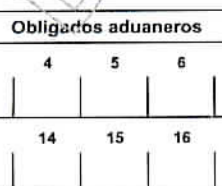
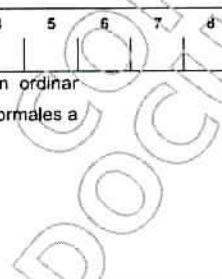
**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código **5** **2 2 4 9**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.160.482**

**RIAÑO RAMIREZ**

APELLIDOS

**JOSE ALBEIRO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-1969**

**VILLA DE LEIVA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.66**

ESTATURA

**O+**

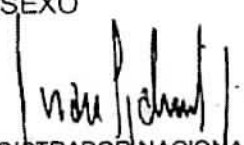
G.S. RH

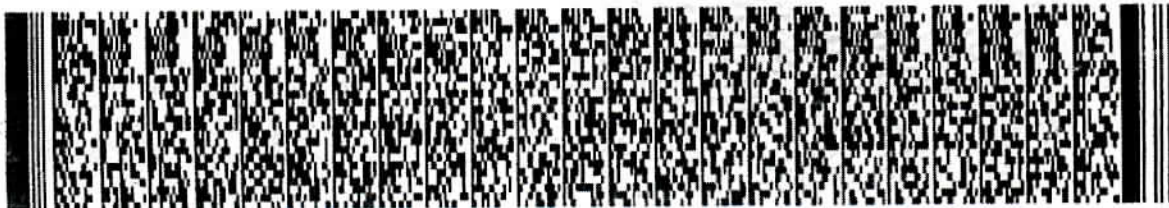
**M**

SEXO

**24-ABR-1987 TUNJA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

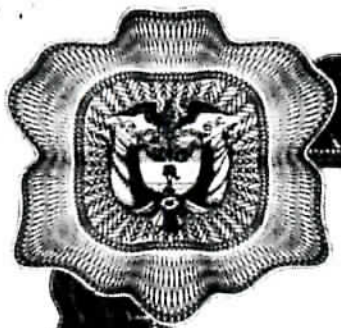
  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00847344-M-0007160482-20160908

0050977436A 1

14610523



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE FATIMA  
BIENESTAR SOCIAL - POLICIA NACIONAL  
TUNJA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN  
RESOLUCION No. 22494 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1981  
NUEVA RESOLUCION No. 16042 DEL 7 DE NOVIEMBRE DE 1986  
CONFIERE A

**Jose Elbeiro Riaño Ramirez**

IDENTIFICADO CON C.C. No. 7.160.482..... DE... TUNJA.....

EL TITULO DE

**BACHILLER ACADEMICO**

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

*Hena Emilia Rodriguez*  
RECTOR



*Amparo Riaño*  
SECRETARIO



DADO EN... Tunja... A. 30 DE Noviembre... DE 1987

ANOTADO AL FOLIO... 118... LIBRO DE REGISTRO No. 86.....



*Wanda...*

No. 417940



EN... Tunja... A. 20 DE Septiembre... DE 1988



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE  
**SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD**

RESOLUCION Nro.

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

**EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE**

En uso de sus facultades conferidas por el Decreto 1875 de 1994

Y el Decreto 0225 del 11 de Septiembre de 1995 y,

**CONSIDERANDO**

Que, **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No.7.160.482 expedida en Tunja (Boyaca), ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: MEDICO Y CIRUJANO según Tituló, que le otorgo LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA por Diploma No. 11214 y Acta de Grado Nro. 877 del 21 de Septiembre de 2001. Que dicho Titulo se encuentra anotado en el Folio No. 174 R -10 del Libro de Diplomas 2.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el Departamento Del Guaviare – Secretaria Departamental de Salud, según plaza aprobada por el Ministerio de Salud- Secretaria de salud del Guaviare según formulario 002 del 02 de enero de 2001 y número de orden 3-M, de acuerdo con la resolución 1817 y Acta de Posesión 2388 del 1 de Octubre de 2001; Que dicho profesional presto sus servicios durante el tiempo comprendido del 1 de Octubre de 2001 al 30 de Septiembre de 2002.

**RESUELVE**

**ARTICULO UNICO:** Autorizar a **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No.7.160.482 expedida en Tunja (Boyaca), para ejercer la Profesión de MEDICO Y CIRUJANO en el Territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y CUMPLASE**

Dada en San José del Guaviare,

OCT 2002

  
**CESAR AUGUSTO JARAMILLO MARTINEZ**  
Secretario Departamental de Salud

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO** Registro N°  
95-2863-2002  
Firma Médico

Nombre y Apellido  
**JOSE ALBERTO RIANO RAMIREZ**

C.C. 7160482 De TUNJA  
Categoría Tecnológica PEREIRA  
Código 34840-01 Fecha de Expedición 21-04-2003

**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**  
FIRMA MINISTRO DE SALUD  
*Alonso E. Cayula*

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1463 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.  
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.



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

# LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

CONFIERE EL TÍTULO DE

## Médico y Cirujano

A

## José Alberto Riaño Ramírez

IDENTIFICADO CON: C.C.No. 7160 482 DE TUNJA BOYACA.  
QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.  
EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

### DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE PEREIRA A LOS 21 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2001  
Y LO REFRENDA CON EL SELLO DE LA INSTITUCIÓN

  
RECTOR

  
VICERRECTOR ACADÉMICO

  
DECANO

  
SECRETARIO GENERAL

  
DIRECTOR REGISTRO ACADÉMICO

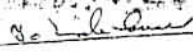
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
ANOTADO EN EL FOLIO N.º 174 R-10  
DEL LIBRO DE DIPLOMAS 2

PEREIRA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2001

El Ministerio de Educación Nacional certifica para todos los efectos legales y académicos en el exterior, que la institución de educación superior que expide el presente documento está debidamente reconocida y autorizada por el Gobierno Nacional

14 OCT. 2008

En Bogotá D.C. a los \_\_\_\_\_

Firma autorizada: 

Atención al Ciudadano  
NO SE ASUME LA RESPONSABILIDAD DEL  
TEXTO DEL DOCUMENTO



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# La Escuela Superior de Administración Pública

CREADA POR LA LEY 19 DE 1958, ORGANIZADA POR EL D.L. N.º 350 DE 1960 Y REORGANIZADA POR EL D. N.º 219 DE 2004

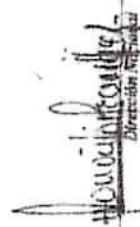
Teniendo en cuenta que

## José Albeiro Riaño Ramírez

C.C. No. 7.160.482 de Tunja

Aprobó los estudios de formación avanzada programados por la institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

# ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

  
Directora Nacional

04-7-  
Subdirección Académica

  
Secretaría General

  
Facultad de Postgrado



Bogotá, D.C., 29 de septiembre de 2006  
Registro ESAP No. 2006 - 13643  
(Decreto No. 2150 de 1994, artículo 63)  
Anexo al Folio 86, Libro 8

JOSE RIANO

Central Sesión

Cambiar Clave

Ayuda



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

### ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

#### Datos Personales y de identificación:

Fecha de Consulta 2022-02-04--> 1:25:52 PM

Tipo de Identificación : CC

Número de Identificación : 7150482

Primer Apellido: RIANO

Segundo Apellido: RAMIREZ

Información Académica

Primer Nombre: JOSE

Segundo Nombre: ALBEIRO

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	1-Local	MEDICINA	2002-10-22	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	1-Local	MEDICINA	2002-10-22	SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE
UNV	1-Local	MEDICINA	2002-10-22	SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE
UNV	1-Local	NO DISPONIBLE	2002-10-27	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

#### Información Sanciones



### ACTA DE GRADO

EL DIRECTOR DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, CERTIFICA: Que en el Libro de Actas de Grado de la Universidad figura la siguiente: **ACTA DE GRADO N° 877**

En la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, República de Colombia, a los veintiun (21) días del mes de septiembre de dos mil uno (2001), se cumplió el acto de graduación de **JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ.-**, con cédula de ciudadanía N° 7.160.482 de Tunja - Boy.. Presidió el acto el doctor José Germán López Quintero, Rector (e) de la Universidad y actuó como Secretario, el Secretario General, doctor Carlos Alfonso Zuluaga Arango. El doctor Diego Osorio Jaramillo, Director del Centro de Registro y Control Académico informó que el aspirante terminó sus estudios en el año dos mil uno (2001) primer semestre y obtuvo un promedio de grado de **TRES COMA NUEVE (3,9).**- El Rector de la Universidad le confirió el título de **MÉDICO Y CIRUJANO.-** Por medio de la Resolución N° 1930 del 20 de septiembre de 2001 y autorizó este acto por haber cumplido el graduando con todos los requisitos exigidos y aprobado todas las asignaturas del plan de estudios correspondiente. El señor Rector tomó el juramento al graduado y le hizo entrega del diploma que lo acredita como **MÉDICO Y CIRUJANO.** Título aprobado por el Consejo Superior mediante el Acuerdo N° 007 del 24 de febrero de 1994. con Registro ICFES N° 111146100006600111100.

En constancia de lo anterior se expide y firma la presente Acta,

Rector(e), fdo.

**JOSÉ GERMÁN LÓPEZ QUINTERO**

Decano de la Facultad, fdo.

**ALVARO ESTRADA OSPINA**

Secretario General, fdo.

**CARLOS ALFONSO ZULUAGA ARANGO**

Es fiel copia del original tomada a los veintiun (21) días del mes de septiembre de dos mil uno (2001).

Anotado al Folio 174.R-10

Libro Registro de Diplomas N° 2

21 de septiembre de 2001

  
**DIEGO OSORIO JARAMILLO**  
Director del Centro de Registro y Control Académico

# Certificado Bancario

Lunes, 04 de abril de 2022

Señores  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ identificado(a) con CC 7160482, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20030992143	1993/09/09	ACTIVA

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

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

A. Establecimiento Bancario

BANCOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el  
momento  
de  
todos



CE-006 - 0000000100 – 2022

## **CERTIFICA**

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7160482
NOMBRES Y APELLIDOS	Riaño Ramirez,Jose Albeiro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Riaño Ramirez,Jose Albeiro, a los 07 días del mes de abril del año 2022.

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



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E*****SE PERMITE INFORMAR QUE:***

El (la) señor(a) JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ, identificado(a) con CC. No. 7160482, presta sus servicios de manera personal y autónoma 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 CTO.
PS 3034 2020	07/02/2020	31/01/2021	\$90.502.000
PS 3163 2019	01/02/2019	31/01/2020	\$77.616.000
PS 1587 2018	10/01/2018	31/01/2019	\$76.626.000
PS 4541 2017	23/06/2017	09/01/2018	\$39.798.000

**Contrato PS 3034 2020:**

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE MEDICO EN LA DIRECCION DE URGENCIAS, (ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS), CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada. 3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. 4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. 5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás

directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. 11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 14. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. 15. Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 16. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 19. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. 20. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención. 21. participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 22. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 23. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. 24. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 25. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 26. Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. 27. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. 28. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor. 29. Apoyar en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. 30. Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades. 31. Las demás asignadas por la supervisión del contrato.

**Contrato PS 3163 2019:**

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICION DE MEDICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos,

protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.14. El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo su custodia. 15. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.16. Tener la disposición de participar en la programación de actividades del servicio.17. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.19. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 20. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.21. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.22. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.23. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.24. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.25. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.26. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.27. Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.28. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. 29. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema

integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.30. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.31. Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio.32. Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES.

**Contrato PS 1587 2018:**

**Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE MEDICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos), consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.14. El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo su custodia. 15. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.16. Tener la disposición de participar en la programación de actividades del servicio.17. Participar

en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.19. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 20. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.21. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.22. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.23. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.24. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.25. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.26. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.27. Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.28. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. 29. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.30. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.31. Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio.32. Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. 33. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 34. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato. 35. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación a su supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias.

**Contrato PS 4541 2017:**

**Objeto Contrato: 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**

1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión. 2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. 4. Participar en la programación de actividades del área. 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS,

interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas. 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 15. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 16. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 19. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 20. Mantener la reserva de la información. 21. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 22. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 23. Apoyo en procedimientos médico quirúrgicos según solicitud del médico tratante. 24. Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. 25. Participar en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera. 23. Realizar seguimiento a las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama. 24. Dar respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne. 25. Acompañamiento de visitas externas a los servicios cuando se requieran. 26. Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados. 27. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 01 de Enero de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



**MARY ISABEL CORREA GALLARDO**  
Directora de Contratación

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

*La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acà plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)*

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo  
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria  
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

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

**CERTIFICA:**

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ; con documento de identidad No, 7160482 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2020	5803-2020	MEDICO GENERAL	13/08/2020	30/11/2020	\$6032724	SUBRED

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**MEDICO GENERAL**

**I » Contrato: 5803-2020**

**Obligaciones:**

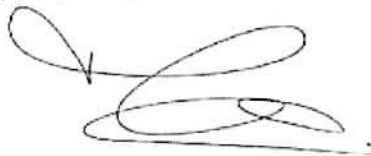
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. 5) Participar en la programación de actividades del área. 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 13) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el

Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

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

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los tres(3) días del mes de Enero de 2021, la cual no tiene fecha de expiración



**MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES**

**DIRECTORA DE CONTRATACION  
OFICINA JURIDICA-CONTRATACION**



## LA JEFATURA DE LA SECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL CERTIFICA

FECHA		
D	M	A
30	08	2018

NOMBRE <b>JOSE ALBEIRO RIA#O RAMIREZ</b>	
C.C. NO. <b>7,160,482</b>	
DE <b>TUNJA</b>	DESTINO DE LA CONSTANCIA <b>FINES PERSONALES</b>

CARGO <b>ASISTENTE III SENATORIAL</b>	<b>690033</b>
DEPENDENCIA <b>UTL LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA</b>	<b>3000-3000350</b>
FUNCIONARIO <input checked="" type="checkbox"/>	EX-FUNCIONARIO <input type="checkbox"/>

FECHA DE INGRESO		
D	M	A
06	09	2016

FECHA DE RETIRO		
D	M	A
30	07	2018

SUELDO BÁSICO \$	<b>3,906,210.00</b>	S. TRANSPORTE \$	<b>0.00</b>
P. TÉCNICA \$	<b>0.00 ( 0.00)</b>	PRIMA GESTIÓN \$	<b>0.00</b>
P. ANTIGÜEDAD \$	<b>0.00 ( 0.00)</b>	HORAS EXTRAS \$	<b>0.00</b>
P. ALIMENTACIÓN \$	<b>0.00</b>	PRIMA TRANSPORTE \$	<b>0.00</b>

OBSERVACIONES: Esta constancia contiene la información registrada en el sistema de nómina.

*ALLENAN F.*  
ELABORADO Y REVISADO POR

*[Signature]*  
MARISOL RINCON ROZO  
JEFE SECCIÓN REGISTRO Y CONTROL

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Banco Comercial Antioqueño, Calle 12 No. 7-32 Piso 14. Bogotá D.C., Colombia.  
Teléfonos: (57-1) 382 6306 - 382 6307 - 382 6302 / e-mail: registrycontrol@senado.gov.co



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE  
POR UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO  
Código de prestador  
95 001 0000011  
Nit - 832001966-2

OFICINA JURIDICA

## EL ASESOR JURIDICO EXTERNO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE

### CERTIFICA QUE:

Revisado el archivo que reposa en la oficina Jurídica y según contrato N° 781 de Septiembre de 2015, se constató que el señor **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° **7.160.482** de Tunja, se encuentra prestando sus servicios, ejecutivo y se encuentra ejecutando los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales, que a continuación se relacionan:

Nro. Contl.	OBJETO	VALOR	DURACION	ESTADO
781 DE SEPTIEMBRE DE 2015	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	\$ 20.000.000	DESDE EL 04 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE	EJECUTADO
091 DE ENERO DE 2016	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	\$30.000.000	DESDE EL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2016	EN EJECUCION

La presente se expide por solicitud del interesado, a los dieciocho (18) días del mes de ENERO del año 2016.

**JEFFERSON ALONSO CASTRO ROMERO**

Elaboró: Catherine G.      Revisó: Jefferson Castro      Aprobó:

San José Del Guaviare, Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza  
TEL: (98) 5840045 - 5840168 FAX: 5840531 - 5841243  
Correo Electrónico - [gsahjg@asesaf.net](mailto:gsahjg@asesaf.net)



**HILFSWERK AUSTRIA INTERNATIONAL**  
**NIT. 830.147.483**

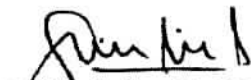
**CERTIFICA QUE**

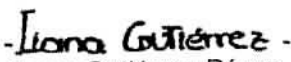
El señor **JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 7.160.482 de Tunja Boyacá, prestó sus servicios como médico y asesor en el proyecto: **CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA NIÑOS (AS), MADRES Y FAMILIAS DESPLAZADAS RECIENTEMENTE EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE – COLOMBIA** desde el 01 de Septiembre del 2009 al 30 de agosto de 2010, con un contrato a término fijo, desarrollando su trabajo con los pueblos indígenas Jiw y Nukak y con población no indígena recientemente desplazada.

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado.

Para constancia se firma en San José del Guaviare a los ocho (25) días del mes de mayo del dos mil once (2011)

Atentamente,

  
José Luis Bociga Sandoval  
Representante para Colombia  
Hilfswerk Austria International

  
-Iliana Gutiérrez-  
Iliana Gutiérrez Pérez  
Coordinadora de Proyectos  
En San José del Guaviare



**ORGANIZACION NACIONAL INDIGENA DE COLOMBIA**  
**ONIC**  
NIT. 860.521.808-1

**LA AUTORIDAD NACIONAL DE GOBIERNO DE  
LA ORGANIZACIÓN NACIONAL INDIGENA DE COLOMBIA  
ONIC**

**CERTIFICA QUE:**

El señor **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 7.160.482 de Tunja se encuentra actualmente vinculado a nuestra organización, desempeñando el cargo de **MEDICO Y ASESOR EN SALUD**, desde el primero (1) de Septiembre de 2007, devengando Honorarios mensuales por valor de \$ 5.000.000. CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE, para lo cual desempeña entre otras las siguientes funciones:

1). Hacer un diagnóstico general de la situación en materia de salud de los pueblos Nukak y Guayabero en San Jose del Guaviare. 2). Entregar un documento que de cuenta del estado nutricional, con énfasis en la población infantil y hacer un diagnóstico general de la situación en materia de salud de estas comunidades 3). Dar cuenta de las principales patologías las causas de desnutrición y patologías 4) Señalar cual es la acción de las instituciones para resolver la situación 5). Señalar una serie de recomendaciones 6). Traer anexos como medidas, peso y talla. 7). Hacer las propuestas pertinentes sobre la red de atención en salud para los pueblos en mención.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los veinticuatro (24) días del mes de enero del año Dos Mil Once (2011).

Atentamente,

  
**ALVARO PIRANGA CRUZ**

Consejero de Planeación, Administración y Finanzas ONIC



**FORMAR** Precooperativa de Servicios de Consultoría y Suministros "FORMAR"  
Nit. 813.010.771-2

## La Suscrita Representante Legal

### CERTIFICA:

Que el DR JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ , identificado con la cedula de ciudadanía N° 7.160482 de Tunja Boyaca, es trabajador asociado de esta cooperativa como medico auditor , cargo que ejerce desde el 07 de septiembre de 2009 la fecha con el centro de trabajo SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL del departamento del Guaviare, devengando una compensacion mensual basica de cuatro millones de pesos mcte (\$4'000.000)

Dada en Neiva a los 18 dias del mes de de mayo de 2010, a solicitud del intersado.

  
ROCIO DEL PILAR VEGA FERIZ  
Representante Legal



11127-4

AC-2016-11

San José del Guaviare, 21 de Abril del 2016

Página 1 de 6

## **EL TECNICO DE ARCHIVO DE LA ESE RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL**

### **HACE CONSTAR**

Que revisados los documentos que reposan en el archivo central de la entidad se evidencio que el señor, **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado con cédula de ciudadanía N° **7.160.482** expedida en Tunja Boyacá. Presto sus servicios como **Profesional Universitario en Medicina** de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL, como se detalla a continuación:

Que mediante Resolución No. 1817 del 01 de octubre de 2001 y acta de posesión No. 2388, tomo posesión del cargo de **Medico del Servicio Social Obligatorio plaza 002 de enero 02 de 2001** dela **SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL GUAVIARE**, a partir del 01 de octubre de 2001.

Que mediante Resolución No 001 del 01 de Febrero de 2003, y Acta de posesión No 242 del 10 de febrero de 2003; fue incorporado a la planta de personal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL**, en el cargo de Medico General.

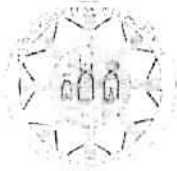
Que fue encargado de las funciones como **SUBGERENTE DE LA UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIOS DE CALAMAR**, a partir del 13 de febrero de 2004, hasta el día 01 de febrero de 2005.

Que a partir del 03 de marzo de 2005 se le asignaron funciones de **COORDINADOR DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**.

Que mediante resoluciones 118, 263 y 546 del 08 de febrero, 06 de abril y 24 de mayo de 2006, se concedió licencia no remunerada del 07 de febrero al 20 de junio de 2006.

Que mediante resolución 628 del 09 de junio de 2006 se acepta la renuncia al cargo presentada a partir del 21 de junio de 2006.

Que fue nuevamente vinculado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL, mediante Resolución No. 796 y Acta de posesion No. 704 del cuatro de noviembre del 2008, en el cargo de **MEDICO GENERAL**, código 411, grado 04, nombramiento



*Provisional según autorización de la Comisión Nacional del Servicio Civil, a partir del 04 de noviembre de 2008 al 04 de mayo de 2009.*

**Que dentro de sus funciones y según cargos ocupados se encontraban:**

### MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

#### 1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

*Ejecución de labores profesionales de medicina general, programas de prevención, protección específica, detección temprana y de rehabilitación del paciente, medio ambiente y de colaboración en aspectos de medicina legal.*

#### 2. FUNCIONES

- *Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población asignada*
- *Prestar atención médica general haciendo el diagnóstico y determinando la terapia de los pacientes*
- *Ejecutar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento en el P.O.S. (Resolución 03997)*
- *Aplicar las respectivas normas técnicas y guías de atención emanadas de los diferentes programas*
- *Participar en la programación, supervisión evaluación y control de las actividades de salud que se realicen en el área asignada.*
- *Realizar control médico periódico a pacientes laboralmente expuestos a la situación de contaminación ambiental que impliquen riesgos para la salud.*
- *Organizar y participar de los diferentes comités objeto de los programas desarrollados en las instituciones a nivel local*
- *Participar en las brigadas de salud del área de influencia*
- *Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factores de riesgo para la población que le ha sido asignada.*
- *Evaluar las actividades de impacto de la prestación de los servicios de salud.*
- *Promover en su área de trabajo, la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar la conformación de los comités de salud y formación de líderes comunitarios en salud.*
- *Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de servicios de salud.*

*alajo*



- Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y proponer las alternativas de solución.
- Llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar las enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo con las normas establecidas
- Realizar intervenciones de cirugía general a pacientes hospitalizados o ambulatorios y colaborar con ellos de acuerdo en el nivel que este ubicado y controlar los pacientes que estén bajo su cuidado.
- Colaborar con las autoridades judiciales competentes en aspectos médico legales
- Participar en el entrenamiento del personal paramédico y auxiliar
- Orientar la prestación de primeros auxilios y la remisión de pacientes solicitados por radioteléfono.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

#### SUBGERENTE UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIOS - CALAMAR

##### 1. PROPOSITO PRINCIPAL DEL CARGO

Ejecutar labores de Programación, Dirección, Coordinación, Supervisión y Control dentro de las diferentes áreas de cada Unidad Local de la Empresa, garantizando la adecuada prestación de servicio de salud de primer nivel de complejidad en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; con eficiencia técnica y Administrativa contribuyendo al desarrollo integral y armónico de la organización y al mejoramiento del estado de salud de la población

##### 2. FUNCIONES

- Gerenciar la respectiva Unidad Estratégica de Negocios en cada localidad, utilizando eficientemente los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros para su íntegro funcionamiento.
- Garantizar a través de herramientas técnico administrativas el adecuado manejo de las instalaciones físicas, de los equipos y de los suministros que permitan la búsqueda de un soporte óptimo para garantizar el servicio
- Presentar proyectos a la Subgerencia Científico Técnica de la ESE para el mejoramiento y ampliación de servicios a través de propuestas viables y concretas de acuerdo a las necesidades.
- Ejecutar actividades de acompañamiento, monitoreo, supervisión, control y evaluación en la respectiva Unidad de Salud que permitan direccionar el mejoramiento continuo.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL  
NIT. 822006051-5  
ARCHIVO CENTRAL

Página 4 de 6

- Estimular la participación de la comunidad y demás actores para coordinar soluciones integrales a los problemas de salud identificados.
- Conocer el estado de la salud de la población de influencia y determinar el perfil epidemiológico con el fin de direccionar acciones que permitan incidir en el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario, establecer, mantener y participar en todos aquellos mecanismos de coordinación que se conformen para lograr la unificación de criterios para la prestación de servicios.
- Adoptar las políticas del sector salud a las instituciones prestadoras de servicios con el fin de mejorar los procesos científicos, técnicos y administrativos de acuerdo a los lineamientos de la empresa.
- Planear, Coordinar, articular y/o ejecutar todas aquellas actividades contenidas en el plan de desarrollo Institucional o de aquellas labores que hagan parte del cumplimiento de la razón del ser de la Red, garantizando la adecuada aplicación de todos los procesos
- Fomentar e incentivar la participación ciudadana en el municipio dentro de las diferentes instancias del Sistema General de capacitación e Seguridad Social en Salud.
- Aplicar el sistema gestión documental de la institución y apoyar el área en el cumplimiento del plan de acción institucional.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de la administración pública, del Sistema General de Seguridad Social y de seguridad Industrial en todos los niveles y áreas de la empresa.

## MEDICO GENERAL

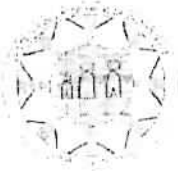
### 1. PROPOSITO PRINCIPAL DEL CARGO

Ejecución de labores de medicina general en actividades de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud del paciente.

### 2. FUNCIONES

- Cumplir con las normas, estándares y protocolos adoptados por la Empresa para el mejoramiento de la calidad y eficiencia del servicio.
- Realizar procedimientos médico-quirúrgicos o participar en ellos y controlar los pacientes bajo su cuidado.
- Realizar las actividades propias del servicio en las áreas y del turno que le corresponda principalmente las relacionadas con consultas, evolución de pacientes y entrega de turno.
- Ejecutar todas aquellas actividades que faciliten cumplir oportunamente y con calidad las tareas necesarias para la prestación del servicio.

**"TRABAJAMOS POR UNA SALUD INTEGRAL Y MAS HUMANA"**  
San José del Guaviare – Calle 7 N.23 –51 Cel.3182480241



- *Coordinar y programar con los Promotores de Salud y Auxiliares de enfermería de su área de influencia, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidas a la comunidad y especialmente a grupos vulnerables a través de la canalización de usuarios a los diferentes programas.*
- *Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria.*
- *Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre procedimientos a realizar con el fin de avalar la idoneidad del servicio.*
- *Propender por la óptima facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos aplicados.*
- *Cumplir con el Sistema de Referencia y Contra referencia de la E.S.E de I Nivel.*
- *Realizar asistencia médica de acuerdo a programación extramural.*
- *Participar con las actividades o eventos que realice la Empresa en cumplimiento a su misión y visión institucional.*
- *Cumplir y hacer cumplir al personal a su cargo las normas de la administración pública, del Sistema General de Seguridad Social y de seguridad Industrial.*

## COORDINADOR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PYP

### 1. PROPOSITO PRINCIPAL DEL CARGO

*Ejecutar labores profesionales de Planeación, coordinación, organización, y control de los programas y proyectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación comunitaria.*

### 2. FUNCIONES

- *Planear, organizar, coordinar, evaluar y controlar la ejecución de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad de acuerdo a los lineamientos legales y a los compromisos adquiridos en la contratación de este servicio.*
- *Emitir concepto técnico sobre la contratación de servicios de promoción y prevención.*
- *Realizar asistencia técnica directa e indirecta y seguimiento a los planes de mejoramiento en cada una de las Unidades Estratégicas de Negocios*
- *Apoyar los planes de capacitación dirigidos al personal responsable de la ejecución de los programas de promoción y prevención.*
- *Realizar asistencia técnica, control y seguimiento del sistema de vigilancia epidemiológico desarrollado en las Unidades Estratégicas de Negocios.*



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL  
NIT. 822006051-5  
ARCHIVO CENTRAL

Página 6 de 6

- *Presentar informes de acuerdo a las obligaciones contractuales de cada UEN (s).*
- *Ejercer cumplimiento en la entrega de informes referente a los convenios establecidos.*
- *Identificar las necesidades y presentar propuesta de capacitación para el personal operativo responsable de los diferentes programas.*
- *Promover la participación de la comunidad en acciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.*
- *Establecer relaciones intersectoriales que dinamicen los procesos institucionales.*
- *Participar activamente en los diferentes comités institucionales en aspectos técnicos, científicos y administrativos.*
- *Preparar propuestas y proyectos en materia de prestación de servicios en el área de promoción y prevención.*
- *Vigilar el comportamiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad, en conjunto con el grupo de Promoción y Prevención, y planeación y presentar informes de ejecución de actividades a la coordinación del programa.*
- *Presenta informes de acuerdo a las obligaciones contraídas participar activamente en los programas y planes de la Empresa en cumplimiento a su misión o visión institucional.*
- *Propender por la óptima facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.*
- *Cumplir y hacer cumplir al personal a su cargo las normas de la administración pública, del Sistema General de Seguridad Social y de seguridad Industrial.*

*Que durante la prestación de servicios cumplió con los programas y actividades que le fueron asignados y demostró buen comportamiento en su desempeño, responsabilidad, puntualidad, honestidad, amabilidad tanto para los usuarios como en la empresa*

*Dada en San José del Guaviare, a los veintiún (21) días del mes de abril de 2016.*

**MACEDONIO SILVA ESPITIA**  
Técnico Administrativo (Archivo)

**Vo.Bo. JAQUELINE SÁNCHEZ COMBA.**  
Subgerente Administrativa y Financiera



830.138.325-3

## TALENTUM COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

### CERTIFICA:

Que **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **7.160.482** de **Tunja**, labora en la Cooperativa de Trabajo Asociado TALENTUM, con convenio de asociación a término indefinido, desde el **03 de Marzo de 2006 hasta el 30 de septiembre de 2007**.

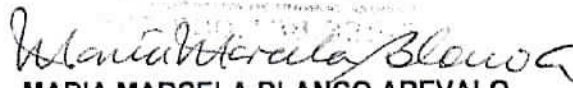
Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **COORDINADOR MEDICO P Y P** conforme a las necesidades de la Cooperativa, en el **VIRREY SOLIS IPS**.

EL TRABAJADOR ASOCIADO, percibe mensualmente por los servicios prestados a la COOPERATIVA, por concepto de:

* Compensación Básica:	\$ 433.700,00 Pesos Mcte.
* Compensación Especial de Alimentos:	\$ 1.806.300,00 Pesos Mcte.
* Compensación Especial de Rodamiento:	\$ 560.000,00 Pesos Mcte.

**TOTAL MENSUAL DEVENGADO: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$2'800.000,00) MCTE.**

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Abril de 2008.

  
**MARIA MARCELA BLANCO AREVALO**  
Jefe Gestión Humana

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7160482**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de diciembre de 2021.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

EMPRESA CONTRATANTE: SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD FECHA: 20/01/2020  
 EMPRESA A LABORAR: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO  PERIÓDICO  EGRESO  PERIÓDICO SEG  OTROS REINTEGROS  POST-INCAPACIDAD   
 NOMBRE: JOSE ALBERTO RIAÑO PAMÍPEZ C.C.: 7160482  
 CARGO: MEDICO CIUDAD: BOGOTÁ

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Audiometría  Prueba Psicotécnica  Osteomuscular por fisioterapia   
 Espirometría  Visiometría  Otros: Enfasis Osteomuscular  
 Optometría  Laboratorios  Optometría

**1. CONCEPTOS GENERALES POR TIPO DE EXAMEN**

**1.1. Examen de pre-ingreso**

Apto para desempeñar el cargo  Presenta restricción  Aplazado

**1.2. Examen periódico**

Puede continuar laborando  Aplazado  Reasignación de tareas  Temporalidad: \_\_\_\_\_

**1.3. Periódico para seguimiento de recomendaciones**

Puede continuar laborando  Aplazado  Reasignación de tareas  Temporalidad: \_\_\_\_\_

**1.4. Reintegro / Post Incapacidad**

Reincorporación al puesto de trabajo  Aplazado  Reasignación de tareas  Temporalidad: \_\_\_\_\_

**1.5. Egreso**

Realizado

**2. CONCEPTO DE ACUERDO AL ENFASIS**

ENFASIS	APTO	NO CUMPLE	APLAZADO	OBSERVACIONES
ALTURAS				
ALIMENTOS				
MEDICAMENTOS				
ESPACIOS CONFINADOS				
BRIGADISTA				
ACTIVIDAD DEPORTIVA				
SEGURIDAD VIAL				

ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO

**3. RECOMENDACIONES GENERALES**

Control periódico por Promoción y Prevención por EPS <input checked="" type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	Hábitos nutricionales saludables <input checked="" type="checkbox"/>
Continuar manejo médico <input type="checkbox"/>	Utilización de EPP Elementos de Protección Personal de acuerdo al cargo <input checked="" type="checkbox"/>	Ejercicio regular 3 veces / semana <input checked="" type="checkbox"/>
Control nutricional en EPS <input type="checkbox"/>	Realización de pruebas complementarias ↓ <input type="checkbox"/>	
Remisión a EPS por: ↓ <input type="checkbox"/>		

**Observaciones:**

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

**4. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS**

OSTEOMUSCULAR: Pausas activas, ejercicios de estiramientos y posturas adecuadas.	<input checked="" type="checkbox"/>
VISUAL: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.	<input checked="" type="checkbox"/>
ALTURAS: Capacitación y certificación de alturas.	
BIOLÓGICO: Uso de elementos de Bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquema de vacunación.	<input checked="" type="checkbox"/>
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: Buenas prácticas de Manufactura (BPM) y lavado de manos.	
QUÍMICO: Realizar marcadores biológicos específicos según exposición en los trabajadores.	
CUIDADO DE LA VOZ: Educación en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.	
TEMPERATURAS EXTREMAS: Uso de la ropa adecuada. Consumo de líquidos suficientes para la hidratación. Educación en identificación temprana de signos de alarma.	
ESPACIOS CONFINADOS: Acompañamiento durante la labor. Sistemas de seguridad de emergencia. Capacitación para espacios confinados por la empresa.	
PIEL: Uso de protección adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes. Reportar la aparición de reacciones adversas en piel.	
RESPIRATORIA: Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.	
AUDITIVO: Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.	

**5. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS TRABAJADOR**

Realizar Pausas Laborales Activas Para manos.  
Uso de Corrección optica para Vision Cercana.

**6. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA**

Incluir en programas de Vigilancia Epidemiologica establecidos por la empresa.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

NOMBRE DEL MÉDICO: <u>Dr. Jose Alberto Riaño Pamípez</u>	FIRMA DEL TRABAJADOR: <u>[Firma]</u>
Reg. Médico: <u>Médico y Cirujano</u> <u>RM 36247801</u> <u>Salud Ocupacional</u> <u>087031 Licencia N°</u>	C.C.: <u>7160482</u>

# idime



29-E29-336764

Página N° : 1  
Fecha ingreso : 16/06/2017 01:52:30 PM  
Fecha impresion : 21/06/2017 08:54:13 AM

No. de Orden : E29-336764	No. Interno : E29-336764
Paciente : RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO	Edad : 48 a 3 m 29 d
Documento Id : 7160482	Teléfono : 6703842
Empresa : PARTICULAR	E-Mail : @
Sede : OCCIDENTE	No. Autoriza:

HBSAC\*\*

BUIJUAL

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
<u>HORMONAS</u>			
<u>HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS</u>			
<u>HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS</u>	80.58	UI/L	0 - 0

Se sugiere correlacionar con historia clinica.  
VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10  
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación  
10 - 100: Niveles de protección  
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Valido: Reg 1031144717 ANDREA MORENO GONZALEZ

FIRMA

COORDINADOR LABORATORIO

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

# idime



29-E29-336764

Página N° : 1  
Fecha ingreso : 16/06/2017 01:52:30 PM  
Fecha impresion : 21/06/2017 08:54:13 AM

No. de Orden : E29-336764	No. Interno : E29-336764
Paciente : RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO	Edad : 48 a 3 m 29 d
Documento Id : 7160482	Teléfono : 6703842
Empresa : PARTICULAR	E-Mail : @
Sede : OCCIDENTE	No. Autoriza:

HBSAC\*\*

BUIJUA1

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

Se sugiere correlacionar con historia clinica.  
VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10  
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación  
10 - 100: Niveles de protección  
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Resultado	Unidades	Valores de referencia
80.58	UI/L	0 - 0

Validó: Reg 1031144717 ANDREA MORENO GONZALEZ

FIRMA

COORDINADOR LABORATORIO

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

# Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Numero de identificación / ID Number

7160482

Fecha nacimiento / Date of birth

22/02/1989

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Numero de contacto (celular) / Phone number

3114522439

Correo electrónico / e-mail

albeiromd5@hotmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

EN1195

EN1195

FM2965

Vacuna / Vaccine

PFIZER  
MANUFACTURING  
BELGIUM

PFIZER  
MANUFACTURING  
BELGIUM

PFIZER  
MANUFACTURING  
BELGIUM

Centro vacunador / Administering Center

Unidad de Servicios  
de Salud Occidente  
de Kennedy

Unidad de Servicios  
de Salud Occidente  
de Kennedy

BOGOTÁ - CAPS  
OLAYA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

08/03/2021

29/03/2021

09/01/2022

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

X70A33M2FWHX7NEXV3E2  
CBY23DF4VENNEMLRBQ  
FJ20UKAIFG5FA

J5CF66LMUXQQRLGEG4GL  
PV36VHFAAJOPFN7HT45K7  
JSKLY6SJRJQ

WYJMJVD7TMP66QRI4WN  
HDK3JTC6TEESTJ3OQPHS  
7JUNYBRVH4AYA

Fecha de emisión del documento / Document issued

28/01/2022

28/01/2022

28/01/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@mnsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Jose Albeiro**  
 Apellidos: **Riño Ramirez**  
 Documento de Identidad: **C.C.T.I. Pasaporte No 7160482**  
 Fecha de Nacimiento: **Día 22 Mes 02 Año 1969**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion Rubéola	1	28-07-12	Serum 3000	[Firma]
	1	20-1-12	D2227	[Firma]
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	22-02-12	D2227 Serum	[Firma]
	3			
	4			
	5			
	1			
Contra Hepatitis B	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		20-1-12	N388814	[Firma]
		Única 01-06-20	N50220007	Mabel Q.
Virus de Papiloma Humano				

FORMULARIO No. 2

**FORMATO DE INFORMACIÓN DE TERCEROS**

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRETA, MAQUINA O COMPUTADOR

**1. TIPO DE BENEFICIARIO**

- 1.1. Consorcio o Unión Temporal
- 1.2. Departamento
- 1.3. Empresa Pública no Financiera
- 1.4. Empresa Pública Financiera
- 1.5. Establecimiento Publico Nacional
- 1.6. Gobierno Extranjero
- 1.7. Municipio
- 1.8. Otra Publica Departamental
- 1.9. Otra Publica Municipal
- 1.10 Otro beneficiario

- 1.11. Persona Natural Extranjera
- 1.12. Persona Natural Nacional
- 1.13. Persona Jurídica Nacional Sector Privado
- 1.14. Persona Jurídica Publica Administracion Central Nacional
- 1.15. Persona Jurídica Extranjera Sector Privado
- 1.16. Regional sin Nit Especial
- 1.17. Resguardo
- 1.18. Sociedad de Economia Mixta
- 1.19. Universidad Publica
- 1.20. Empresa Industrial y Comercial del Estado

X

**2. TIPO DE DOCUMENTO**

- 2.1. Cedula de Ciudadanía
- 2.2. Cedula de Extranjería
- 2.3. Numero de Identificacion Tributaria

- 2.4. Otro Tipo de Documentacion
- 2.5. Pasaporte
- 2.6. Tarjeta de Identidad


NUMERO DEL DOCUMENTO

-

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT**

**3. TIPO DE RETENCION**

- 3.1 Autoretenedor no Gran Contribuyente
- 3.2. Entidad Estatal o sin animo de lucro
- 3.3. Gran contribuyente Autoretenedor
- 3.4. Gran contribuyente no Autoretenedor

- 3.5. General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor
- 3.6. Régimen Común
- 3.7. Régimen Simplificado

X

**4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

**5. PAÍS**

COLOMBIA

**6. CIUDAD**

SAN JOSE DEL GUAVIARE

**7. TELÉFONO Y FAX**

8045399

**8. DIRECCIÓN**

CALLE 12 #20-65

**9. E - MAIL**

albeiromd51@gmail.com

**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

BANCOLOMBIA

2. NUMERO DE LA CUENTA

3. CLASE DE CUENTA

CORRIENTE

AHORROS

**ANEXAR CERTIFICACIÓN**

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA

07 DE ABRIL DE 2022

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL



CE-006 - 0000000100 – 2022

## **CERTIFICA**

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7160482
NOMBRES Y APELLIDOS	Riaño Ramirez,Jose Albeiro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Riaño Ramirez,Jose Albeiro, a los 07 días del mes de abril del año 2022.

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



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de mayo de 2022, a las 21:18:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	7160482
Código de Verificación	7160482220510211803

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.



EDUARDO JOSÉ PINEDA ARRIETA  
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 196153350**



WEB  
21:16:08  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de mayo del 2022

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) JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7160482:

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 establece la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades judiciales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información 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.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/05/2022 09:22:27 p. m. el ciudadano con  
Cédula de Ciudadanía N°. **7160482** y Nombre: **JOSE  
ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ.**

**NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS  
PENDIENTES POR CUMPLIR.**



Bogotá D.C., 10 de Mayo de 2022 - 21:19 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., el señor(a) **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SIETE MILLONES CIENTO SESENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS** de TUNJA

**7160482**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

**ADVERTENCIAS:**

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



**WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Certificado generado por el sitio web: [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co). Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador (601) 3820450/80 - [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co)**

Código de verificación: 5\_6TJ4\_1921. Link de verificación: <https://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## **Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:13:16 PM horas del 10/05/2022,  
el ciudadano identificado con:

**Cédula de Ciudadanía N° 7160482**

Apellidos y Nombres: **RIAÑO RAMIREZ JOSE  
ALBEIRO**

**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.



lunes a viernes 7:00 am a  
1:00 pm y 2:00 pm a 5:00  
pm  
Línea de atención al  
ciudadano: 5159700 ext.  
30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000  
910 112  
E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.c



Presidencia  
de la  
República



Ministerio  
de Defensa  
Nacional



Portal  
Único de  
Contratación



Gobierno  
en Línea

Todos los derechos reservados.



San José del Guaviare, 07 de abril de 2022

Teniente Coronel

**MARIA DE LOS ANGELES RADA MENDEZ**

Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N.7 (E)

Calle 15 N15a-33

Villavicencio, Meta

Respetado señor Coronel,

Asunto: Ofrecimiento de servicios

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Unidad prestadora de Atención en Salud Guaviare, mis servicios como médico auditor de cuentas, de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare para tal efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el término estrictamente indispensable.

Así mismo, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: Calle 12 #20-65 Barrio la Esperanza – San José del Guaviare.

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente,



JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

CC 7.160.482 de Tunja

San José del Guaviare, 18 de mayo de 2021

Coronel

**ÁNGEL ALEXANDER GALVIS BALLÉN**

Comandante Departamento de Policía Guaviare

San José del Guaviare

Ciudad

Respetado señor Coronel,

Asunto: Ofrecimiento de servicios

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Unidad prestadora de Atención en Salud Guaviare, mis servicios como médico auditor de cuentas, de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare para tal efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: Calle 12 #20-65 Barrio la Esperanza – San José del Guaviare.

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa entidad.

Atentamente,



JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

CC 7.160.482 de Tunja

Tel: 3114522439

Email. [albeiromd51@gmail.com](mailto:albeiromd51@gmail.com)

San José del Guaviare, 07 de abril de 2022

Teniente Coronel

**MARIA DE LOS ANGELES RADA MENDEZ**

Jefe Regional de Aseguramiento en

Salud N.7 (E)Calle 15 N15a-33

Villavicencio, Meta

Cordial saludo respetada coronel:

Asunto: Afiliación voluntaria ARL

De manera atenta me permito manifestar mi voluntad de afiliarme a la Administradora de Riesgos Profesionales que esta institución indique en el momento de firmar contrato de prestación de servicios

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: Calle 12 #c 20-65Barrio la Esperanza – San José del Guaviare.

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente,



**JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**

CC 7.160.482 de Tunja

Correo electrónico: albeiromd51@gmail.com