EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: RICARDO PEDRAZA PARADA

CARGO: APOYO EN CARTERA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CÚMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	X			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	X			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	X			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	X			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	X			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	X			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	X			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	RUT Actualizado	X			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	X			
12	Certificado actual de afiliación EPS	X			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	X			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	X			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	X			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	X			
17	Formato de indemnidad	X			
18	Formato de ARL	X			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	X			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	X			
21	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
22	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	X			
23	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
24	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años	X			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
25	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado	X			
26	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tarjeta profesional				
32	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
33	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
34	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
35	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
36	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
37	Manejo del duelo (Asistenciales)				
38	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	X			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLÓGICAS				
39	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
40	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
42	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
43	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
45	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
46	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
47	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
48	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
49	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
50	Retiro e inserción DIU				
51	Retiro e inserción JADELLE				
52	Certificado de formación en toma de citología				
53	Soporte vital avanzado				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
54	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				

55	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
56	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
57	Registro único nacional de tránsito RUNT				
58	Licencia de conducción				
59	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
60	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA					
61	Soporte vital básico				
62	Primeros Auxilios				
63	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
INGENIERO BIOMEDICO					
64	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
65	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
66	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
67	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
68	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACION					
69	Certificación de manipulación de alimentos				
70	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
71	Certificado curso de alturas				
72	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
73	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado	X			
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

REFERENTE TALENTO HUMANO QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA

Soacha, 12 de diciembre de 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Ricardo Pedraza Parada

Cargo: Apoyo en Cartera

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividadesque sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

RICARDO PEDRAZA PARADA
Nombre del Contratista
CC: 79.047.442
Dirección: AV cra 50 # 29 a 23 sur
Email:ricardopedrazaparada@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3176796129



RICARDO
PEDRAZA PARADA

CÉDULA DE CIUDADANÍA	79.047.442
DIRECCIÓN	Cll 145 B Bis No 84 B 08
TELÉFONO	3176796129
EDAD	56 años
EMAIL	ripepa1@hotmail.com ricardopedrazaparada@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Poseo experiencia en servicio y atención al cliente, temas administrativos, liderazgo, habilidad en el manejo de Caja, documentación e información de títulos valores, conocimientos en informes estadísticos de producción y Amplios conocimientos de Ley 100 respaldados con experiencia, experto en régimen subsidiado, contributivo, accidentes de tránsito y desplazados, experiencia en la generación y contestación de glosas en los regímenes subsidiado y contributivo, Manejo y control de personal Extraordinaria trayectoria en relaciones empresariales e interpersonales.

Alto sentido de pertenencia para con la organización con el fin de contribuir con el crecimiento y desarrollo de la misma; facilidad de aprendizaje, responsabilidad y dedicación en el desempeño del cargo asignado. Honestidad y puntualidad. Capacidad investigativa y de respuesta en la búsqueda de soluciones.

INFORMACIÓN PROFESIONAL

DIPLOMADO SGSSS ATENCION AL USUARIO
Sena, actualmente.

DIPLOMADO EN AUDITORIA DE CUENTAS Y FACTURACION
Sena

SEMINARIO TALLER "Estrategia Financiera para Optimizar los Procesos de Facturación y Contratación en Salud"
Hospital Regional de Sogamoso ESE.

SISTEMAS
Word, Excel, Power Point, Hipocrates,
Gestor, Dinámica Gerencial, City Salud, Kristalos.

EXPERIENCIAS Y LOGROS

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Teléfono: 7309230 extensión 107

Jefe inmediato: ALEJANDRO MALAGON
Coordinador Facturación

Cargo: Revisor Cuentas Medicas

Ingreso: enero de 2022 - actualmente

Funciones: Realizar auditoria a las pre-facturas preradicación revisando historia clínica y los soportes correspondientes a la prestación del servicio, para realizar la respectiva radicación de acuerdo con la normatividad vigente, apoyar y capacitar al personal de facturación en las diferentes funciones que tienen que ver con el proceso de facturación, rendir informes de acuerdo a las actividades asignadas.

2.2

ESE HOSPITAL DE LA SAMARITANA

Teléfono: 7309230 extensión 107

Jefe inmediato: EDISON ALONSO BARRAGAN
Coordinador Facturación

Cargo: Revisor Cuentas Medicas

Ingreso: 1 de abril de 2021 – enero 10 de 2022

Funciones: Realizar auditoria a las facturas pre-radicación, armar las cuentas, generar y validar los rips, para realizar la respectiva radicación de acuerdo a la normatividad vigente, Dar respuesta a las diferentes glosas y devoluciones de las diferentes entidades con las que existe contrato con el hospital, apoyar y capacitar al personal de facturación en las diferentes funciones que tienen que ver con el proceso de facturación, rendir informes como realizar la respectiva conciliación con cartera vis facturación y contabilidad.

SALUDCOOP EN LIQUIDACION

Teléfono: 3112405793

Jefe inmediato: ERIKA CHAPARRO
Gerente Operativa

Cargo: Coordinador Cuentas Médicas

Ingreso: 5 de Enero de 2016 – 15 de Agosto 2017

Funciones: Realizar Validar Coordinar la radicación en el sistema HeOn, auditoria a las facturas de las diferentes IPS con las que se tienen cuentas pendientes, validar y realizar las respectiva glosa y el aval para pago, rendir informes como realizar la respectiva conciliación con cartera vis contabilidad, Revisión de los Anticipos hasta su aprobación o glosa respectiva, Revisar Validar y Calificar reembolsos, Revisar, validar y calificar acreencias de los diferentes reclamantes, personas naturales y las diferentes entidades con las que Saludcoop en liquidación tiene cuentas pendientes para pago.

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Teléfono: 7309230 extensión 107

Jefe inmediato: EDISON ALONSO BARRAGAN
Coordinador Facturación

Cargo: Revisor Cuentas Medicas

Ingreso: 1 de Agosto de 2014 - actualmente

Funciones: Realizar auditoria a las facturas pre-radicación, armar las cuentas, generar y validar los rips, para realizar la respectiva radicación de acuerdo a la normatividad vigente, Dar respuesta a las diferentes glosas y devoluciones de las diferentes entidades con las que existe contrato con el hospital, apoyar y capacitar al personal de facturación en las diferentes funciones que tienen que ver con el proceso de facturación, rendir informes como realizar la respectiva conciliación con cartera vis facturación y contabilidad.

HOSPITAL SAN SALVADOR DE UBATE

Teléfono: 8552833

Jefe inmediato: EDISON ALONSO BARRAGAN
Coordinador Facturación

Cargo: Revisor Cuentas Médicas

Ingreso: 16/ de julio de 2014 hasta 31 de julio 2014

Funciones: dar respuesta a las diferentes glosas y devoluciones de las diferentes entidades con las que existe contrato con el hospital, apoyar y capacitar al personal de facturación en las diferentes funciones que tienen que ver con el proceso de facturación, rendir informes como realizar la respectiva conciliación con cartera vis facturación y contabilidad.

HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA

Teléfono:5878570 8540055 Ext. 549

Jefe inmediato: EDISON ALONSO BARRAGAN
Coordinador Facturación

Cargo: Coordinador Glosas

Ingreso: Julio 10 de 2013 hasta enero 10 de 2014

Funciones: dar respuesta a las diferentes glosas y devoluciones de las diferentes entidades con las que existe contrato con el hospital, apoyar y capacitar al personal de facturación en las diferentes funciones que tienen que ver con el proceso de facturación, rendir informes como realizar la respectiva conciliación con cartera vis facturación y contabilidad.

HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO "CUNDINAMARCA"

Teléfono: 8540055 Ext. 163

Jefe inmediato: Dra. ADRIANA ISABEL RODRIGUEZ CASTILLO
Subgerente Administrativa

Cargo: COORDINADOR FACTURACION

Ingreso: enero de 2011 hasta junio de 2012

Funciones: Coordinar, actualizar y capacitar al personal con la normatividad vigente, controlar y revisar la facturación para una radicación oportuna, revisar y contestar las devoluciones y objeciones que realizan las diferentes EPS-S para agilizar el recaudo por parte de cartera, entrega de informes de la facturación por empresas con su respectivo radicado, seguimiento y control a los diferentes procesos establecidos para cada servicio del hospital, entrega de informe para realizar interface con cartera, contabilidad y facturación.

ASESORIAS INTEGRALES DE SALUD LTDA

Teléfono: 3201676

Jefe inmediato: Dr. Álvaro Ávila

Cargo: Técnico pre auditoria, gestión y control de calidad

Ingreso: diciembre 2010 abril 2011

Realizar pre auditoria de las facturas de accidentes de tránsito, eventos terroristas y desplazados de las diferentes IPS con las que se tiene contrato para luego pasar a producción y cargar y generar factura para radicar ante el consorcio y/o ante las aseguradoras, respuesta de glosa de caprecom subsidiado.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Teléfono: 3486868 ext. 3311

Jefe inmediato: Dra. Martha Ariza

Cargo: Revisor Cuentas Médicas

Ingreso: Enero 1 de 2009 hasta 31 de julio de 2010

Revisar cargar y generar las facturas de cirugías realizadas ambulatoriamente y a pacientes hospitalizados, contestar glosa del área de cirugía.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Teléfono: 3486868 ext. 3311

Jefe inmediato: Dra. Martha Ariza

Cargo: Facturación U.C.I. Medicina Interna, Cardiología Quirúrgica

Ingreso: Mayo 12 de 2008 hasta Diciembre 31 de 2008

Realizar pre auditoria de las historias de hospitalizados para luego cargar y generar factura, archivo de soportes, censo diario.

GGC CONSULTORES

Teléfono: 6767940

Jefe Inmediato: Gloria García

Cargo: técnico auditor

Duración: Diciembre 2009 – Mayo 2010
Funciones: revisar y responder las glosas generadas al hospital de las diferentes IPS – EPS-S-C, radicación y conciliación de las mismas.

CLINICA SAN PEDRO CLAVER

Teléfono: 5600520

Jefe Inmediato: Álvaro García Hurdaneta

Cargo: Facturación Salas de Cirugía

Duración: Noviembre 2007 – Mayo 2008

Funciones: revisar y cargar los procedimientos quirúrgicos que se realizan a pacientes ambulatorios, hospitalizados y los que ingresan por urgencias, generar facturas de pacientes de accidentes de tránsito, de trabajo, subsidiados y de diferentes IPS que ingresen a la clínica,

E.S.E. POLICARPA SALAVARRIETA "Clínica Julio Sandoval Medina Sogamoso"

Teléfono: 3125114 Ext., 218
Jefe Inmediato: Carmenza Alonso Solaque

Cargo: Coordinador Facturación Regional Boyacá

Duración: Agosto 2006 – 15 Octubre 2007

Funciones: Coordinar y programar las actividades para la respectiva presentación de cuentas de la Clínica como de los CAAS, de igual forma la recopilación de información para la presentación de las respectivas cuentas e informes requeridos por el I.S.S. incluido el EVALOF, así mismo la contestación de las glosas generadas por las diferentes entidades a las que se les prestó los servicios, y conciliación de las mismas.

BDO Proyecto HOSPITAL MILITAR

Teléfono: 601-04 -04

Jefe Inmediato: Nelly Arévalo

Cargo: Facturador

Duración: 17 de Abril 2006 – 15 de Julio 2006

Funciones: Control de documentos de cuentas, preauditoria de cuentas de Hospitalización y consulta externa, liquidación y Facturación de las mismas.

CLINICA EL BOSQUE

Teléfono: 6499300

Jefe Inmediato: Jefe Margarita

Cargo: Facturador

Duración: enero 2006 – mayo 2006
Funciones: Atención y servicio al usuario, comprobación de derechos, realización y entrega de informes de estadística de producción, realización de facturas de pacientes que ingresan por el área de urgencias.

HOSPITAL SIMON BOLIVAR E.S.E.

Teléfono: 6767999

Jefe Inmediato: Gloria Pinilla

Cargo: Auditor de Cuentas medicas

Duración: Abril 2003 – Octubre 2005

Funciones: Revisión y contestación de glosa generada por las diferentes entidades con las que se tenia contrato, entrega de informes para el respectivo crucé de Cartera vs. Facturación, y la conciliación de las mismas.

BDO Proyecto Liquidación del Régimen Contributivo de CONVIDA

Teléfono: 6010404

Jefe Inmediato: Miguel Robayo

Cargo: Revisor de Cuentas Médicas

Duración: Agosto 2002 - Octubre 2002

Funciones: Revisión de cuentas y presentación de las diferentes objeciones por factura individual.

Unión temporal FACTURAR SALUD "Hospital San Rafael de Faca"

Teléfono: 8924535

Jefe Inmediato: Gloria Nancy Posada

Cargo: Facturador

Duración: Enero 2001- Febrero 2002

Funciones: revisión y facturación de las diferentes cuentas de pacientes hospitalizados.

COOPERATIVA COINTRASALUD "Hospital Font ibón"

Teléfono: 6148311

Jefe inmediato: Dra. Clara Prada

Cargo: Técnico Auditor de Cuentas

Duración: Enero 2003- Octubre 2005

Funciones: revisión, corrección y relación de informes para la radicación de cuentas.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Teléfono: 2334044

Jefe inmediato: Licenciada Crisanta Fonseca

Cargo: Técnico Auditor de Cuentas

Duración: Abril 1984 – Noviembre 1999

Funciones: generación de facturas de pacientes del régimen subsidiado y contributivo, accidentes de tránsito, desplazados, y dar respuesta a las diferentes objeciones hechas por las empresas con las que se tenía contratación.

2.11

REFERENCIAS PERSONALES

ANDRES OMAR GUARDIAS
Director Científico
Hospital Simón Bolívar E.S.E.
Teléfono 6767999

SANDRA PINZON
Medico Auditor
Clinica Cardio Infantil
Teléfono 3134968517

ELIZABETH MORENO
Jefe Control Interno
Dermatológico Federico Lleras Acosta
Teléfono: 3142571877

RICARDO PEDRAZA PARADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.047.442

PEDRAZA PARADA

APELLIDOS

RICARDO

NOMBRES

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1966

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-OCT-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00180291-M-0079047442-20090922 0016428464A 2 1600017845

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

5

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211118889

WEB
10:21:39
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de diciembre 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) RICARDO PEDRAZA PARADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79047442:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 09 de diciembre de 2022, a las 10:24:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

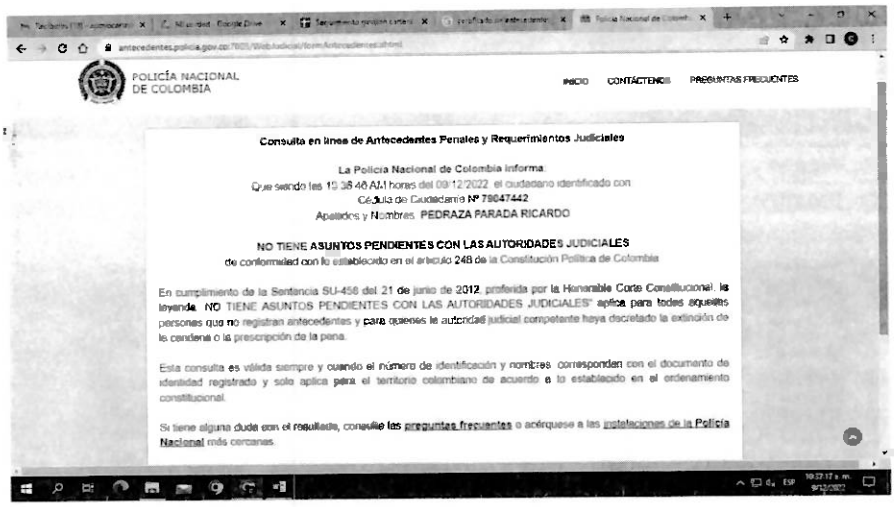
Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79047442
Código de Verificación	79047442221209102424

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

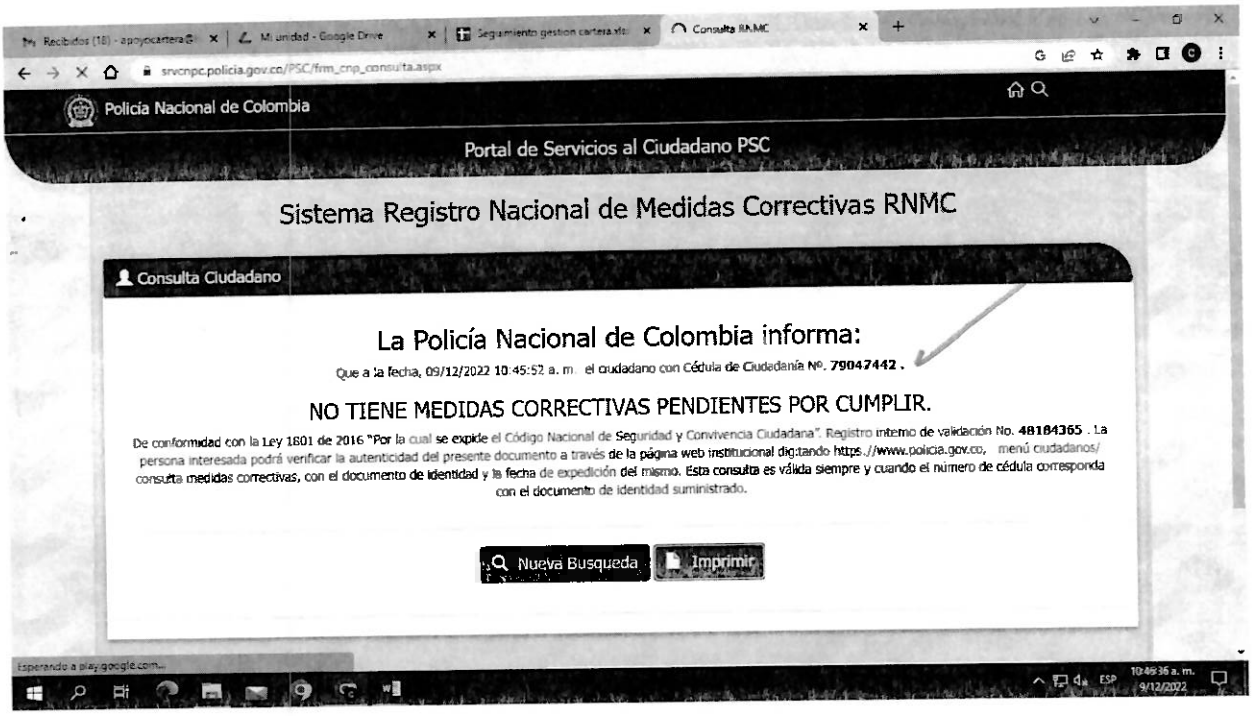
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:36:46 AM horas del 09/12/2022 el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía **Nº 79647442**
Apellidos y Nombres **PEDRAZA PARADA RICARDO**

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 corresponden 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.


Recibidos (18) - apoyocartera@
Mi unidad - Google Drive
Seguimiento gestion cartera.xlsx
Consulta RNMC
srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
Policía Nacional de Colombia
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, 09/12/2022 10:45:52 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. 79047442 .
NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.
De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. 48184365 . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.
Nueva Busqueda
Imprimir
Esperando a play.google.com...
ESP
10:49:36 a. m.
9/12/2022

10

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14832284401

(415)7707212489984(8020) 000001483228440 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 0 4 7 4 4 2	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 0 4 7 4 4 2	1 9 8 4 1 0 2 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEDRAZA	PARADA	RICARDO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 145 B BIS 84 B 08 P 3

42. Correo electrónico ripepa1@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 2 0 1 1 0							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 06 - 10 / 10 : 00: 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso
Parágrafo del artículo 1 6 1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre PEDRAZA PARADA RICARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 09-12-2022 03:14:36PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	12 DICIEMBRE DE 2022	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

11

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUB	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEDRAZA	PARADA	RICARDO	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79047442	BOGOTA	28 OCTUBRE DE 1984
PASAPORTE	OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
FEBRERO 25 DE 1966	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE X VIUDO(A)	1	4	3176796129

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
AV CRA 50 # 29 A 23 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ricardopedrazaparada@gmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADO

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GUERRERO	GUERRERO	MERY	ESPERANZA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52215210	BOGOTA	1975-02-10	
PASAPORTE	OTRO CUAL				ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI N X	NACIONALIDAD	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI			SI NO X	8299	
	NO	X	ICA	SI NO X	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	NO X	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	800006850-3
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X				
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA X	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS		
OTRA	CUAL								

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

11.1

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 85	6017309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	REVISOR CUENTAS MEDICAS	FECHA VINCULACION	1 FEBRERO DE 2022

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2.266.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 850.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 2.266.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1.000.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 850.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 0**

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No puede ser familiar ni estar con el Cliente y esta persona debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROBAYO	PARRA	HENRY	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 17 SUR # 9 18	BOGOTA COLOMBIA	**AMIGO**	**3125037099**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	TARJETA DEBITO	**542270459**	**CENTRO MAYOR**	**7340522**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

APOYO EN CARTERA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

11.2

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

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a. a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9 AUTORIZACIÓN. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) RICARDO PEDRAZA PARADA identificado(a) con Cedula Ciudadania 79047442, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220208	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Diciembre de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
20579969

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

13

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

RICARDO PEDRAZA PARADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.047.442**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

14

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PEDRAZA	PARADA	RICARDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79047442 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES 02 AÑO 1966

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 50 SUR - 29A 23 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 7511217 EMAIL ripepa1@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

T (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

14-1

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*				

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

14.2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NOx ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONLA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

dad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, RICARDO PEDRAZA PARADA

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 79047442 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 50 SUR - 29A 23 SUR TELÉFONO: 3176796129 7511217

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SANTIAGO PEDRAZA GUERRERO	1028889667	HIJO(A)

CLARO, 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 POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$16.800.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$16.800.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco de bogota	CUENTA DE AHORROS	542270459	centro mayor	37.000

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			Nº
MERY ESPERANZA GUERRERO GUERRERO	C.C. **X**	C.E	T.I.	52215210

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

15-1

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Diciembre 12 de 2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Soacha, 12 de diciembre de 2022

16

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Ricardo Pedraza Parada, identificado(a) con cedula No.79.047.442 de Bogotá, Interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: Apoyo para el área de cartera, manifiestohaber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

_____

C.C. 79.047.442 de Bogota

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 12de DICIEMBRE de 2022

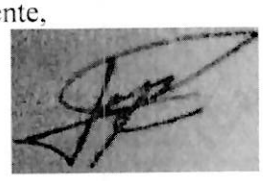
Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo RICARDO PEDRAZA PARADA, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 79047442 de BOGOTA, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



C.C. No. 79047442de BOGOTA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: RICARDO PEDRAZA PARADA

N° Documento: 79047442

Fecha de Nacimiento: 25 FEBRERO DE 1966

Dirección: AV CRA 50 # 29 A 23 SUR

Teléfono. Fijo – Celular: 3176796129

E-mail: ricardopedrazaparada@gmail.com

EPS: COMPENSAR

AFP: PORVENIR

Firma Contratista: 

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

18.1

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	79047442
Nombre:	RICARDO PEDRAZA PARADA
Fecha Inicio contrato:	01/01/2023
Fecha Fin contrato:	31/03/2023
Fecha Inicio cobertura:	04/01/2023
Número contrato:	10259
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 3
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	04/01/2023 01:44:53 a.m.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 12 DICIEMBRE DE 2022

Señores:

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL NICOLAS ESGUERRA

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo RICARDO PEDRAZA PARADA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

BACHILLER ACADEMICO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma _____

N° Documento 79047442

Tarjeta Profesional N°_____

Dirección de contacto_____

Teléfono_____

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, RICARDO PEDRAZA PARADA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número79047442, expedida en BOGOTA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA:** Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

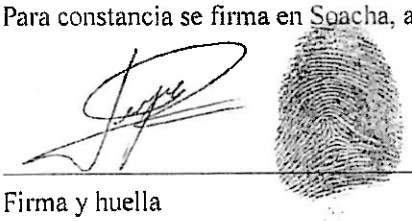
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 12 DIAS DE DICIEMBRE DE 2022



Firma y huella

3176796129

Celular No.

apoyocartera@hmgy.gov.co

Correo institucional

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

RICARDO PEDRAZA PARADA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

79047442

Fecha nacimiento / Date of birth

25/02/1966

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3176796129

Correo electrónico / e-mail

ripepa1@hotmail.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Primer Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

FA5843	EY0586	NN0224

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	ASTRAZENECA

Centro vacunador / Administering Center

FUNDACION ABOOD SHAIO	FUNDACION ABOOD SHAIO	CHIQUINQUIRA SALUD VITAL INTEGRAL SAS

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

29/05/2021	19/06/2021	03/01/2022

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

NHVFB4CCLHVT3ZZCV4F6 6YCYSAYVFP4ICPACNMTS7 DWHRWSUEU6Q	X3OYEDAGGSNHRSMSADV GHAZUGBBZH3JTU5OWTP QOQLJ37RD7M2MQ	C2DABLPHH4SMH647J4KT DA4A3NCX5EFYYKHCBGE DUVPPRHZX23HA

Fecha de emisión del documento / Document issued

10/06/2022	10/06/2022	10/06/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.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 Inmunization - 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

24

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS



Fecha: 08/Feb/2022, **Hora:** 11:48:10 a.m.
Apellido: PEDRAZA PARADA
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: ANALISTA
Direccion: CALLE 145 BIS #84B-08
Telefono: **Celular:** 3176796129 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.C. - Suba

Nombre: RICARDO
Nro Identidad: 79047442

HC: # 36727
Edad: 56 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 25/Feb/1966
Rh: A+

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Uso adecuado de EPP
Emplear Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.
* CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
* DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS. EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MÍNIMO 3 VECES POR SEMANAS.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.DEJAR HABITO DE FUMAR.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

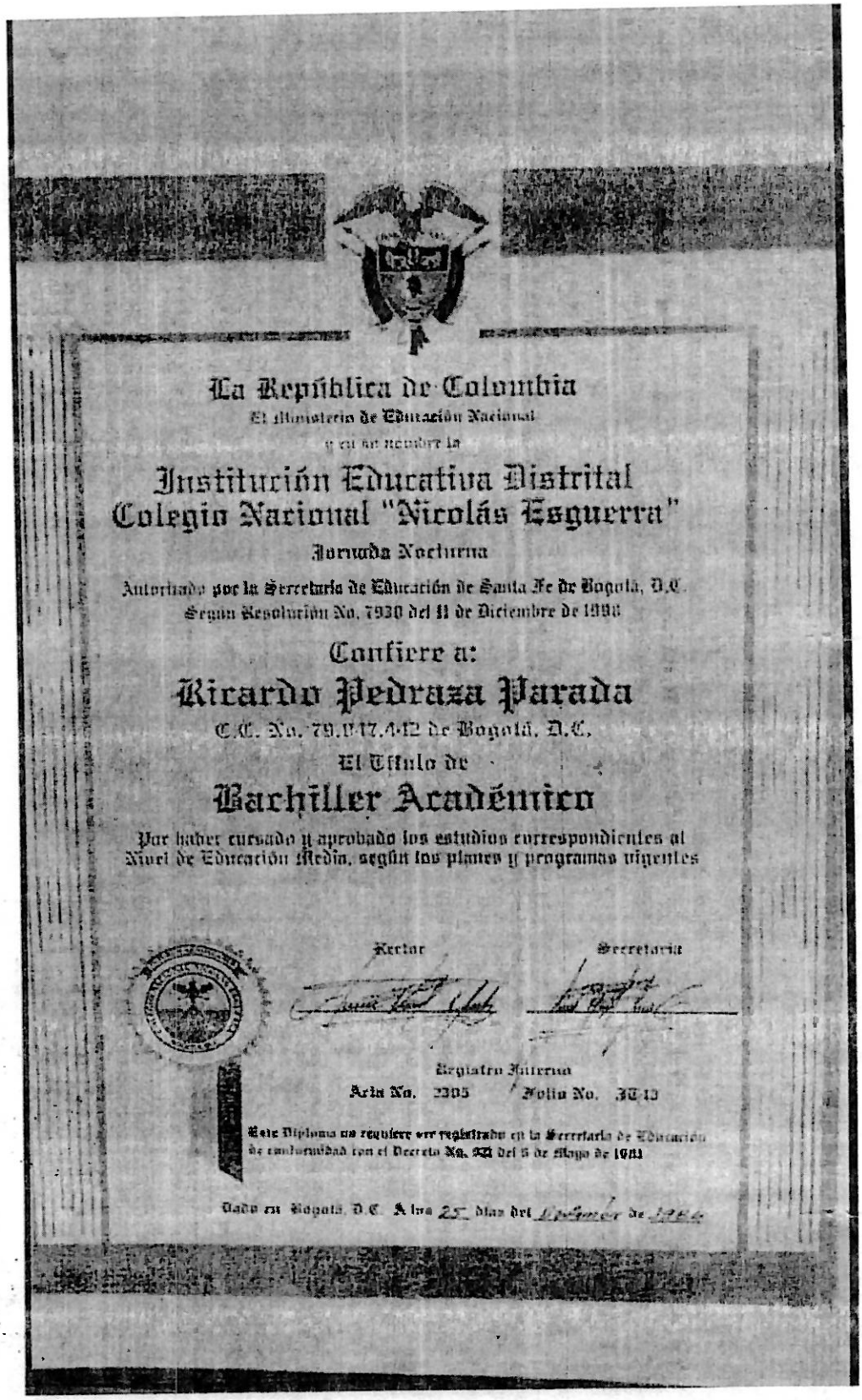
Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

RICARDO PEDRAZA PARADA
CC 79047442

Huella Digital



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Distrital Colegio Nacional "Nicolás Esguerra"

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santa Fe de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 7930 del 11 de Diciembre de 1998

Confiere a:

Ricardo Pedraza Parada

C.C. No. 79.917.412 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

Rector

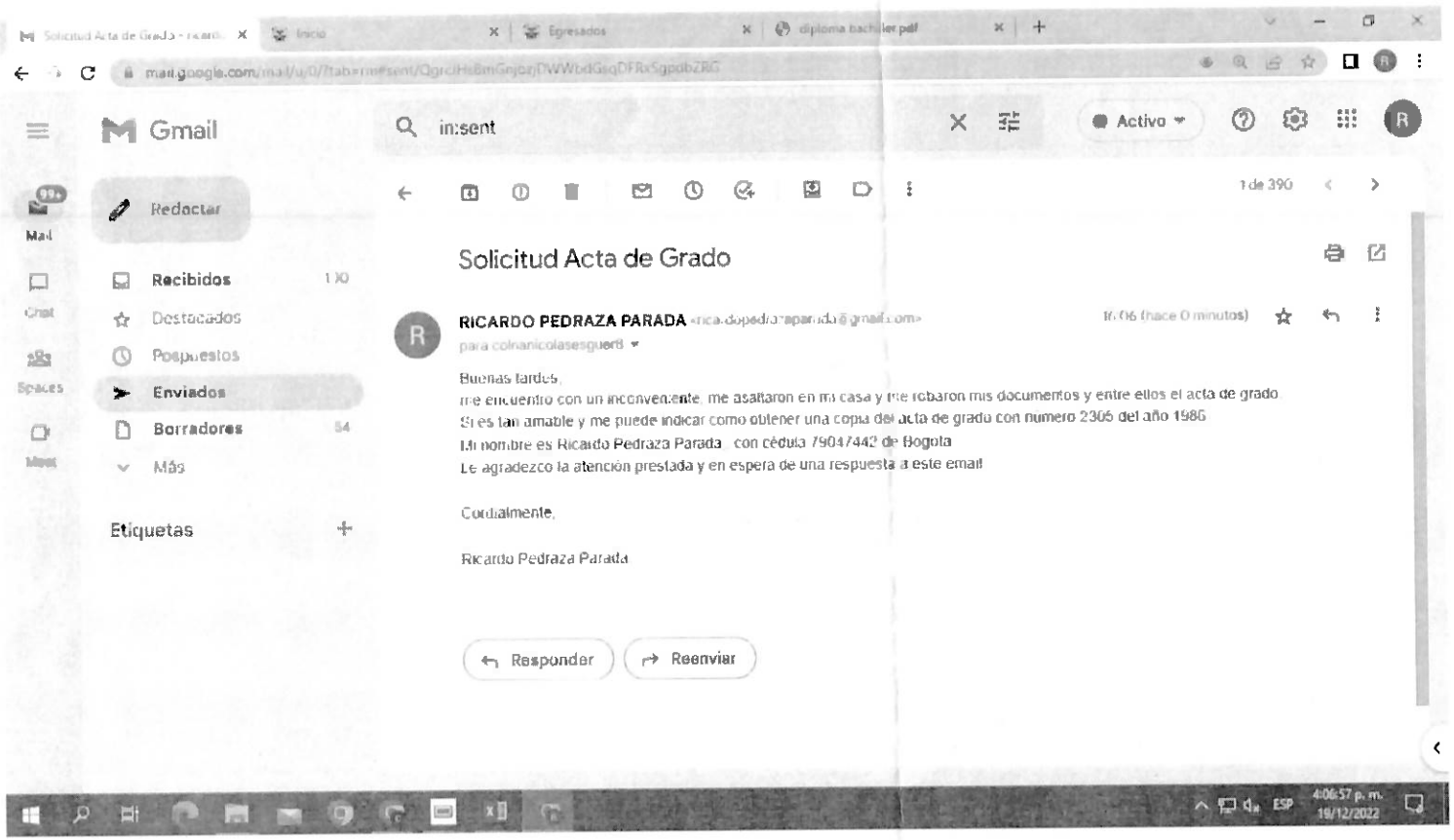
Secretaria

Registro Interno

Acta No. 2305 Folio No. 38-43

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 92 del 5 de Mayo de 1981

Dado en Bogotá, D.C. A los 25 días del diciembre de 1964


Gmail
in:sent
Activo
Redactar
Mail
Chat
Spaces
Meet
Recibidos 130
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 54
Más
Etiquetas
1 de 390
Solicitud Acta de Grado
RICARDO PEDRAZA PARADA
para colnanicolasesguerra
Buenas tardes,
me encuentro con un inconveniente, me asaltaron en mi casa y me robaron mis documentos y entre ellos el acta de grado
Si es tan amable y me puede indicar como obtener una copia del acta de grado con numero 2305 del año 1986
Mi nombre es Ricardo Pedraza Parada con cédula 79047442 de Bogota
Le agradezco la atención prestada y en espera de una respuesta a este email
Cordialmente,
Ricardo Pedraza Parada
Responder
Reenviar
ESP
4:06:57 p. m.
19/12/2022

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO
DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

RICARDO PEDRAZA PARADA

Con Documento de Identidad No 79047442

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FACTURACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

MEDELLÍN - 24 DE ENERO DE 2013 AL 27 DE FEBRERO DE 2013
Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020130227

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites
FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 130227A-153064

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

26.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE COLOMBIA

Educación informal de conformidad con el decreto 4904 de diciembre 16 de 2009, Registro Mercantil Nº 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

RICARDO PEDRAZA PARADA

Con Cédula de ciudadanía No. 79.047.442

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS

Con una intensidad horaria de cien (100) horas
MEDELLÍN – SEPTIEMBRE 09 DE 2013

Registrado en el Libro de Actas Nº 0020130909-01
www.politecnicodecolombia.com

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 130909A

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo acreditación@politecnicodecolombia.com, indicando el Nº del libro de actas con el cual se registra el mismo.

26.1

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE COLOMBIA

Educación informal de conformidad con el decreto 4904 de diciembre 16 de 2009, Registro Mercantil Nº 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

RICARDO PEDRAZA PARADA

Con Cédula de ciudadanía No. 79.047.442

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ADMINISTRACIÓN EMPRESAS DE SALUD

MEDELLÍN – NOVIEMBRE 11 DE 2013
Con una intensidad horaria de cien (100) horas
Registrado en el Libro de Actas Nº 0020131111-01

www.politecnicodecolombia.com

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 131111A

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo acreditación@politecnicodecolombia.com, indicando el Nº del libro de actas con el cual se registra el mismo.

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

ricardo pedraza parada

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,73

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: febrero 9, 2022

VIGILADO Supersalud

SaludCoop EPS

En Liquidación

73

SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN
NIT. 800.250.119-1

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina Kactus el señor **RICARDO PEDRAZA PARADA** identificado con cédula de ciudadanía N° **79.047.442,** laboró en la empresa **SALUDCOOP EPS hoy en Liquidación** desde el día **05 de Enero del año 2016** hasta el **15 de Agosto del año 2017,** su último cargo desempeñando fue de **COORDINADOR DE CUENTAS MEDICAS** con contrato de trabajo a término **OBRA O LABOR CONTRATADA,** cuya última asignación salarial mensual fue de **($4.500.000.oo) CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/C.**

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a solicitud del interesado, a los veintinueve (29) días del mes de diciembre del año 2022.

La información de la presente certificación debe ser confirmada vía correo electrónico al email hrbedoyas@saludcoop.coop.

Francisco Gómez

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ VARGAS
Apoderado General
Saludcoop EPS en Liquidación

Elaboró: Hugo René Bedoya Sánchez

73-1

Policarpa Salavarrieta

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POLICARPA SALAVARRIETA

CERTIFICA

Que el señor **RICARDO PEDRAZA PARADA,** identificado con la cédula de ciudadanía Nº 79.047.442 de Bogotá, en la actualidad ejecuta contrato de prestación de servicios personales desde el 1 de agosto de 2006, laborando en la Clínica Julio Sandoval Medina, como se detalla a continuación:

OBJETO DEL CONTRATO: Técnico Administrativo
VALOR MENSUAL: $ 1.302.166
LUGAR DE PRESTACIÓN: División Financiera

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de agosto de 2006.

HECTOR MARIO RESTREPO MONTOYA
Gerente

232

GGC
Estudio de Abogados Ltda.

HACE CONSTAR QUE:

El señor RICARDO PEDRAZA PARADA, identificado con cédula de Ciudadanía No. 79.047.442 de Bogotá, presió sus servicios para la firma, desde el 2 de Enero de 2009 hasta el 30 de Abril de 2009, desempeñando el cargo de **ANALISTA DE CUENTAS**, mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios, cuyo objeto contractual se ciñe a prestar el servicio de auditoría administrativa de cuentas, con una asignación de honorarios mensuales, correspondiente a UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS ($1.800.000.oo). Es pertinente mencionar, que en razón a la naturaleza del contrato, el contratista realizó las actividades encomendadas de manera independiente, sin que mediara subordinación alguna por parte de la CONTRATANTE.

La presente se expide a solicitud del interesado a los catorce (14) días del mes de Octubre de 2009.

Cordialmente,

PAULO ANDRES RINCON GARAY
Coordinador Jurídico
GGC Estudio de Abogados LTDA.

Calle 109 No. 18C 17 Of.: 508 - Edificio Empresarial 109 Avenida - Bogotá, D.C.
Teléfonos: (1) 213 71 35 - (1) 637 48 61 -Celular 310 868 27 53
ggcestudiodeabogados@gmail.com

73.3

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD GESTION CONTRATOS

CERTIFICA QUE:

El Señor **RICARDO PEDRAZA PARADA** Identificado con C.C. No 79.047.442 de Boyacá (Engativa) domiciliado en la Calle 145 B No 84 B 08 Teléfono 681 62 04, viene ejecutando la siguiente orden de prestación de servicios, así:

Número	:	1277/2008 OPS
Fecha de suscripción	:	12-MAY-2008
Fecha de iniciación y ejecución		12-MAY-2008 al 31-DIC-2008
Valor Contrato	:	$9'434.800,oo
Objeto		Prestación de Servicios Como Facturador de Cuentas
Estado		En Ejecución

Que consultados los archivos del Hospital y los informes de supervisión de los contratos, estos acreditan que el objeto del mismo, se encuentra en ejecución, sin ninguna observación.

Se expide la presente con destino a QUIEN INTERESE a los veinticinco (25) días del mes de diciembre de dos mil ocho (2008), con una vigencia de treinta (30) días contados a partir de la fecha de expedición, en la ciudad de Bogotá D.C.

MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO
Especialista Hospitalario

Coronel HERNAN FLOREZ LOPEZ
Jefe División Financiera (E)

25/12/2008 9:42

HOSPITAL MILITAR CENTRAL Transversal 3ª No 49-00 Bogotá D.C. NIT 830075617-7	
CONTRATO POR MODALIDAD DE ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº901115/2009 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y **PEDRAZA PARADA RICARDO**, identificada (o) con cédula de ciudadanía Nº79.047.442 de Barrio Boyacá-Engativá (Cundinamarca). Centro de Costo: DFIN.	**Fecha de Inicio: 01-12-2009** **Fecha de Terminación: 31-07-2010** **Estado:** Confirmado.

Entre los suscritos, Coronel **JAVIER VICENTE HERNÁNDEZ ACOSTA**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía Nº9.779.819 de Calarcá (Quindío), en su condición de Subdirector del Sector Defensa - Subdirección Administrativa del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, cargo para el cual fue destinado en comisión administrativa, mediante Decreto Nº2452 del 02 de julio de 2009 y nombrado por la señora Directora General de la Entidad, mediante Resolución Nº546 de la misma fecha; con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., en desarrollo de las facultades establecidas en la Resolución Nº399 del 14 de junio de 2007, por la cual se aprobó el manual de procedimiento interno de contratación estatal del Hospital, y en lo no previsto en ello en el estatuto de contratación administrativa, Ley 80 de 1993, quien en lo sucesivo y respecto de este contrato se denominará **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, por una parte y por la otra, **PEDRAZA PARADA RICARDO**, igualmente mayor de edad y de esta vecindad, identificado (a) con cédula de ciudadanía Nº79.047.442, expedida en Barrio Boyacá-Engativá (Cundinamarca), quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de prestación de servicios, de conformidad con lo previsto en los artículos 32 y 39 de la Ley 80 de 1993; el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO.** El contratista de manera independiente, es decir sin que exista subordinación jurídica ni vínculo laboral de ninguna naturaleza, prestará sus servicios como Profesional o técnico, para efectuar la revisión de las cuentas médicas de los usuarios del HOSPITAL MILITAR CENTRAL, Nivel III y IV, basados en estándares de calidad que procuren la oportunidad en la atención y la satisfacción de los usuarios, así como la optimización en el cobro de los servicios prestados por la Entidad. **SEGUNDA: ACTIVIDADES.** 1. Realizar actividades de seguimiento y revisión a las cuentas médicas, sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad técnica en las mismas. 2. Coordinar con el líder de facturación y auditoría de cuentas médicas, los procesos y procedimientos del área, con los profesionales de la salud, para presentar propuestas tendientes al mejoramiento continuo de la calidad en los mismos. 3. Efectuar seguimiento a indicadores de gestión para el área de facturación y cuentas médicas del Hospital, con el fin de implementar y socializar acciones de mejoramiento continuo, con el grupo del área y el cliente interno. 4. Cumplir con el diligenciamiento y seguimiento a las planillas de novedades y control del área asignada de facturación. 5. Participar activamente, con el líder de facturación y cuentas médicas, en la ejecución de acciones, indicadores y planes tendientes al cumplimiento de metas para el mejoramiento e incremento de la productividad en la facturación y la disminución del porcentaje de glosas en la Entidad. 6. Conocer, aceptar y cumplir las normas y procedimientos asistenciales y administrativos relacionados con la gestión de facturación y cuentas médicas de la Entidad. 7. Realizar, dentro de los parámetros que establezca la División Financiera y el líder de facturación y auditoría de cuentas médicas, los procesos de seguimiento y revisión de facturas soporte; así como la contestación a las objeciones del área de facturación, en equipo con los auditores de cuentas médicas. 8. Realizar dentro de los parámetros que establezca la División Financiera y el líder de facturación y cuentas médicas, actividades de revisión administrativa a las cuentas médicas, sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad de la facturación. 9. Mantener los archivos de los procesos del área, de tal manera que faciliten su utilización, conservación y custodia. 10. Cumplir con el desarrollo y seguimiento de los indicadores de facturación y cuentas médicas. 11. Realizar seguimiento permanente a los facturadores, en el cumplimiento de los procesos de facturación, que tiendan a evitar el subregistro o errores en el cargue y digitación de las cuentas médicas. 12. Realizar los informes que se requieran, que permitan la confiabilidad de los datos, en cumplimiento de las normas y de los contratos vigentes. 13. Realizar seguimiento semanal a las metas de cumplimiento de productividad establecidas dentro de los procesos de facturación y cierre de cuentas médicas. 14. Generar y validar los RIPS, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. 15. Soportar y registrar en el Sistema de Información, la respuesta a las objeciones presentadas a la facturación, con la consecuente propuesta de implementación de mecanismos de control que tiendan a lograr la disminución de las mismas. 16. Generar en el sistema de Información, la cuenta de cobro a la Dirección General de Sanidad Militar y la entrega de la facturación al líder del proceso de facturación y cuentas médicas, para su revisión y posterior entrega, de acuerdo al procedimiento establecido por la jefatura de la Subdirección Financiera. 17. Brindar atención

humanizada al cliente interno y externo. 18. Hacer y velar por el buen uso de equipos, materiales e insumos del área; así como reportar inmediatamente, su daño o pérdida, en caso de presentarse. 19. Mantener una actitud proactiva en el ejercicio diario de su profesión. 20. Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para los funcionarios como para la comunidad y el medio ambiente. 21. Promover en el grupo, la cultura de valores y principios de la Institución. 22. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de ejecución del contrato. **TERCERA: VALOR. QUINCE MILLONES CIENTO TRECE MIL QUINIENTOS PESOS ($15.113.500) M/Cte.**, los cuales serán cancelados de acuerdo con las actividades del objeto contractual, efectivamente cumplidas. Los valores adjudicados y pactados para cada vigencia serán los siguientes: 1. Para la vigencia de 2009 la suma de **UN MILLON OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS ($1.810.000) M/Cte.** 2. Para la vigencia 2010 la suma de **TRECE MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS PESOS ($13.303.500) M/Cte. CUARTA: FORMA DE PAGO.** El pago del valor del Contrato, se efectuará mes vencido, así: 4.1. Para el mes de diciembre de 2009, la suma de **UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS ($1.810.000) M/Cte.** 4.2. Para los meses de enero a julio de 2010, la suma de **UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL QUINIENTOS PESOS ($1.900.500) M/Cte.**, una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual, junto con la verificación de los aportes al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S.)** En caso que se termine el contrato de manera unilateral o bilateral, el contratista se obliga a devolver el carnet que lo identifica como titular contratista del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL. QUINTA: PLAZO DE EJECUCIÓN.** Del 01 de diciembre de 2009 al 31 de julio de 2010. **SEXTA: SUJECIÓN DE LOS PAGOS A LA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL. EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, pagará el gasto que ocasione el presente contrato, amparado con las Disponibilidades Presupuestales números 0900002214 y VFT0000145 del 30 de noviembre de 2009 (Rubro Presupuestal Nº5 1 1 2.13, Recurso 20, Gastos de comercialización y producción, Comercial, Compra de servicios para la venta, Otros gastos por adquisición de servicios, Facturación), expedida por Presupuesto. **SÉPTIMA: SUPERVISOR.** La Supervisión del presente contrato estará a cargo del Profesional encargado de las funciones de control y gestión de los procesos administrativos y del recurso humano de Cartera. **OCTAVA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO.** Los siguientes documentos hacen parte integral del presente contrato: 1) Disponibilidad y Registro Presupuestal 2) Justificación técnica de la necesidad de realizar el presente contrato. 3) Certificación expedida por la autoridad competente, en la cual conste que no existe o que es insuficiente el personal de planta, para desarrollar las actividades descritas en el presente contrato. 4) Los demás documentos que legalmente se requieran, tales como Afiliación en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, fotocopia de la cédula de ciudadanía, certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación, de antecedentes fiscales de la Contraloría General de la República, Certificado Judicial, y soportes académicos y de experiencia laboral. **NOVENA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la suscripción del presente contrato, **EL CONTRATISTA** declara que no se halla incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad, previstas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la citada Ley. **DÉCIMA: PENAL PECUNIARIA. EL CONTRATISTA** se obliga a pagar al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione, en caso de incumplimiento de alguna de sus obligaciones contractuales. Este valor ingresará a la Tesorería del Hospital. **EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** para que dicho valor sea descontado directamente de los saldos que resulten a su favor, si éstos fueren suficientes; de lo contrario, los cancelará directamente en la Tesorería de la Entidad. **DÉCIMA PRIMERA: RELACIÓN LABORAL.** El presente contrato no genera relación laboral alguna con el contratista, ni tampoco el pago de prestaciones sociales ni de ningún tipo de emolumento diferente al valor aquí acordado. **DÉCIMA SEGUNDA:** Se deja constancia por parte del **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**, que se constató con la Unidad de Talento Humano de la Entidad, que dentro de la planta de personal no existe o es insuficiente el personal, para el desarrollo de las actividades específicas objeto del presente Contrato de Prestación de Servicios. **DÉCIMA TERCERA: TERMINACIÓN.** El Presente Contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminado por las siguientes causales: 1) Por mutuo acuerdo entre las partes, caso en el cual se procederá a liquidar el Contrato de Prestación de Servicios de tal manera que queden expresamente determinados los servicios efectivamente prestados y el valor proporcional de los mismos. 2) Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones o incumplimiento del objeto del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL** podrá efectuar la terminación unilateral en los siguientes casos, sin que de lugar a indemnización alguna: 1) Cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga. 2) Por muerte o incapacidad física permanente del contratista. 3) Por interdicción Judicial. 4) Por incumplimiento manifiesto de las obligaciones contractuales con ocasión de la prestación

de servicios de salud, si con su conducta activa u omisiva existió dolo o culpa grave en la actuación contractual, en los términos de la Constitución o de la Ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA** podrá solicitar la terminación del contrato, sin que de lugar a indemnización alguna, cuando sea aceptada por el **HOSPITAL**, previa aprobación del respectivo **SUPERVISOR**, para lo cual deberá informar al mismo su voluntad de no continuar con el objeto convenido, con una antelación no inferior a diez (10) días hábiles a la terminación del contrato. **DÉCIMA CUARTA: AFILIACIÓN Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.** El contratista acreditará su afiliación y aporte mensual al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, mediante la presentación mensual de los correspondientes pagos, cotizando con el IBC (Ingreso Base de Cotización) señalado en la ley. El Incumplimiento de la actual cláusula generará terminación unilateral del contrato de prestación de servicios y dará aplicación a la Cláusula décima Penal Pecuniaria, por incumplimiento del mismo. **DÉCIMA QUINTA: CESIÓN. El CONTRATISTA** no podrá ceder la ejecución del presente contrato a persona alguna, natural ni jurídica. **DÉCIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS. EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** a descontar del valor del presente contrato, el correspondiente a los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados, ocasionados por su acción u omisión, relacionada con la ejecución del presente Contrato de Prestación de Servicios, sin perjuicios de las acciones legales a las que haya lugar. Si el valor citado fuere insuficiente, lo cancelará directamente en la Tesorería de la Entidad. **DÉCIMA SÉPTIMA: DE LOS CONTRATISTAS.** Los contratistas responderán civil, fiscal y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de ley. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** debe tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo su uso (controles de manejo, revisión de equipos, pólizas de manejo, etc.) **PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA** asume directa y personalmente, la responsabilidad que se derive de una mala práctica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera al CONTRATANTE por los eventos en que el cliente, usuario o un tercero, sufra algún tipo de perjuicio, siempre y cuando no se deban a un evento de fuerza mayor o caso fortuito, los cuales lo exoneran de responsabilidad. **PARÁGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA** que tenga a su cargo documentos, información, bienes y servicios deberá suscribir el acta respectiva con el visto bueno del **SUPERVISOR** del contrato, en la cual conste el cumplimiento de sus obligaciones. En caso contrario se entenderá que ha incumplido con ellas. **DÉCIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos que se deriven del presente contrato, el domicilio será Transversal 3ª Nº49-02, teléfono Nº348 68 68 Ext. 3040 – 3042, para el **HOSPITAL** y Calle 145 B Bis Nº84 B 08 en la ciudad de Bogotá, teléfono Nº681 62 04, para el **CONTRATISTA. DÉCIMA NOVENA. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.** Para todos los efectos legales relacionados con el presente contrato, las partes acuerdan como domicilio, la ciudad de Bogotá Distrito Capital, donde para constancia y de conformidad con su contenido, lo suscriben al primer (01) día del mes de diciembre de 2009.

El Contratista:

PEDRAZA PARADA RICARDO
c.c. Nº79.047.442 de Barrio Boyacá-Engativá (Cundinamarca).

El Supervisor:

ADIELA OMAIRA PULIDO HERRERA
c.c. Nº51.695.474 de Bogotá
Profesional de Defensa
Cartera

Por el Hospital Militar Central:

Coronel **JAVIER VICENTE HERNÁNDEZ ACOSTA**
c.c. Nº9.779.819 de Calarcá (Quindío)
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección Administrativa

Elaboró:
Revisó:
Aprobó: