https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307

Aumentar el contraste

UTC -5 18:31:40
JOSE ALBEIRO RIAÑ...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Id de página: 14005862 Ayuda

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar



Información del usuario

Género	Masculino
Cargo	MEDICO CIRUJANO
Título	Sr.
Nombre completo	JOSE ALBEIRO
Nombre y apellido	JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ
Código del empleado	85121504
Tipo de documento	
Número de documento	7160482
Fecha de emisión	24/11/2017 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	REGISTRADORA NACIONAL ALMA BETRIZ RENGIFO LOPEZ
Fecha de expiración	
Dirección	CALLE 5C #56A-11
Código postal	111611
Estado	COLOMBIA
Municipio	BOGOTA D.C
País	COLOMBIA
Correo electrónico	albeiromd5@gmail.com
Teléfono	4966915
Celular	3114522439
Número de fax	

Configuración

Usar configuración de mi Entidad Estatal / Proveedor	☑
Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	In what city or town was your first job?
Respuesta	GUAVIARE
Celular	3114522439

JOTA

6:31 PM
15/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RIAÑO	RAMIREZ	JOSE ALBEIRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 7160482

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 7160482 D.M 07

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES FEB AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Villa De Leyva

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 5c No. 56a - 09 Apartamento 2

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4960000

EMAIL albeiromd5@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1987
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	3	X		ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN	9	2006	
UN	12	X		MEDICO	9	2001	2863-2002

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444 484	DIA 25 MES 5 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL HOSPITALARIO,	URGENCIAS	Diagonal 34 No. 5 - 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3826306	DIA 6 MES 9 AÑO 2016	DIA 30 MES 7 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ASISTENTE III SENATORIAL	UTL LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA	CALLE 12 No. 7-32

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
POLICIA NACIONAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3173641285	DIA 1 MES 5 AÑO 2016	DIA 17 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR DE CUENTAS	SANIDAD	COMANDO DE POLICIA GUAVIARE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840045	DIA 1 MES 1 AÑO 2016	DIA 30 MES 6 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	ÁREA DE hOSPITALIZADOS	CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840045	DIA 4 MES 9 AÑO 2015	DIA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	ÁREA DE HOSPITALIZADOS	CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM EPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840722	DIA 2 MES 1 AÑO 2015	DIA 30 MES 6 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	AUDITORIA	CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM EPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840722	DIA 16 MES 7 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	AUDITORIA	CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRADOS "ASSIN" SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	assinguaviare@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3182376056	DIA 1 MES 4 AÑO 2014	DIA 30 MES 6 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	ADMINISTRATIVA	CALLE 12 B No. 19-53 BARRIO EL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM EPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840722	DIA 7 MES 1 AÑO 2014	DIA 30 MES 6 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	AUDITORIA	CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EJERCITO NACIONAL - SANIDAD MILITAR 4006 NIT 830.039.670-5	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6349890	DIA 3 MES 1 AÑO 2014	DIA 30 MES 6 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	SANIDAD	KILOMETRO 1 VIA EL RETORNO

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM ESP	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840722	DIA 1 MES 4 AÑO 2013	DIA 31 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	AUDITORIA	CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM EPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840722	DIA 10 MES 1 AÑO 2013	DIA 31 MES 3 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	AUDITORIA	CALLE 10 No. 20 -39 BARRIO LA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EJERCITO NACIONAL - SANIDAD MILITAR 4006 NIT 830.039.670-5	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6349890	DIA 3 MES 1 AÑO 2013	DIA 31 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	SANIDAD	KILOMETRO 1 VIA EL RETORNO

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM EPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5840722	DIA 19 MES 10 AÑO 2012	DIA 31 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	AUDITORIA	CALLE 10 No. 20 - 39 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
OUTSOURCING SALUD LTDA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5849620	DIA 1 MES 6 AÑO 2010	DIA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	ADMINISTRATIVA	CARRERA 24 No. 6 - 42 BARRIO 20 DE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PRECOOPERATIVA DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA Y SUMINISTROS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	preformar@live.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8701581	DIA 7 MES 9 AÑO 2009	DIA 30 MES 6 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	SECRETARIA DE SALUD	CARRERA 18 No. 8-30 OFICINA 102

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HILFSWERK AUSTRIA INTERNATIONAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3212052611	DIA 1 MES 9 AÑO 2009	DIA 30 MES 8 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL Y ASESOR	ADMINISTRATIVA	CALLE 13 No. 24A - 47 BARRIO EL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3182480241	DIA 4 MES 11 AÑO 2008	DIA 4 MES 5 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	SECRETARIA DE SALUD	CALLE 7 No. 23-51

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ONIC	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2842168	DIA 1 MES 9 AÑO 2007	DIA 30 MES 1 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO Y ASESOR EN SALUD	ADMINISTRATIVA	CALLE 13 No. 4-38

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
TALENTUM COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3414101	DIA 3 MES 3 AÑO 2006	DIA 30 MES 9 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR MEDICO P Y P	VIRREY SOLIS IPS	CARRERA 6 No. 26 85 PISO 5

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3182450241	DIA 3 MES 3 AÑO 2005	DIA 21 MES 6 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR DE PROGRAMAS DE	SECRETARIA DE SALUD	CALLE 7 No. 23-51

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3182480241	DIA 13 MES 2 AÑO 2004	DIA 13 MES 2 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SUBGERENTE DE LA UNIDAD	SECRETARIA DE SALUD	CALLE 7 No. 23-51

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Guaviare	San José Del Guaviare	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3182480241	DIA 1 MES 10 AÑO 2001	DIA 30 MES 9 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO DEL SERVICIO SOCIAL	SECRETARIA DE SALUD GUAVIARE	CALLE 7 No. 23 51

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	16	10
PRIVADO	10	4
PARTICULAR	17	2
TOTAL	17	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 7160482 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Calle 5c No. 56a - 09 Apartamento 2 **Teléfonos** 3114522439 4960000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUNA CAROLINA RIAÑO ARANZAZU	1034788467	HIJO(A)
ANDRES MAURICIO RIAÑO PEREZ	1020800614	HIJO(A)
MARIA TERESA RAMIREZ OCHOA	23269228	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 100,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 54.860.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 54.860.100,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	20030992143	SAN JOSE DEL	$ 300.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	APARTAMENTO	$ 430.000.000,00
VEHICULO	CAMIONETA RENAULT	$ 35.000.000,00
FINCA	FINCA SAN BERNARDO - CUND	$ 60.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCO COLPATRIA	HIPOTECA APARTAMENTO	$ 330.000.000,00
BANCO AVVILLAS	PRESTAMO LIBRE INVERSION	$ 90.000.000,00
BANCOOMEVA	PRESTAMO LIBRE INVERSION	$ 30.000.000,00
FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 1.200.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
PAOLA ANDREA ARANZAZU VERA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1120571043

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
8621	CONTINUA
8699	CONTINUA
7020	CONTINUA

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

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

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN
RESOLUCION No. 22494 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1981
NUEVA RESOLUCION Nº 16042 DEL 7 DE NOVIEMBRE DE 1.986

CONFIERE A

José Olbeiro Riaño Ramírez

IDENTIFICADO CON C.C. No. 7'160.482 DE TUNJA

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

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

Hna. Enedina Cuaresma
RECTOR

Col. Nuestra Señora de Fátima Bienestar Social Policía Boyacá RECTORIA

Amparo Riaño Ortiz
SECRETARIA

Col. Nuestra Señora de Fátima Bienestar Social Policía Boyacá SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE BOYACA JEFATURA Sección Diplomas SECRETARIA DE EDUCACION

DADO EN Tunja A 30 DE Noviembre DE 1987

ANOTADO AL FOLIO 118 LIBRO DE REGISTRO No. 86

SECRETARIA DE EDUCACION SECRETARIO DEPTO. DE BOYACA
SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 417940

EN Tunja A 20 DE Septiembre DE 1988

THOMAS DE LA RUE DE COLOMBIA S. A.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico y Cirujano

A

José Alberto Riaño Ramírez

IDENTIFICADO CON: C.C.No. 7160 482 DE TUNJA BOYACA.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE PEREIRA A LOS 21 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2001

Y LO REFRENDA CON EL SELLO DE LA INSTITUCIÓN

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR REGISTRO ACADÉMICO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
ANOTADO EN EL FOLIO No. 174 R-10
DEL LIBRO DE DIPLOMAS 2

PEREIRA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2001

11214

El Ministerio de Educación Nacional certifica para todos los efectos legales y académicos en el exterior, que la institución de educación superior que expide el presente documento esta debidamente reconocida y autorizada por el Gobierno Nacional 14 OCT. 2008

En Bogotá D.C. a los

Firma autorizada

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

República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

La Escuela Superior de Administración Pública

CREADA POR LA LEY 19 DE 1958, ORGANIZADA POR EL D.L. No.350 DE 1960 Y REORGANIZADA POR EL D. No. 219 DE 2004

Teniendo en cuenta que

José Albeiro Riaño Ramírez

C.C. No. 7.160.482 de Tunja

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

ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Dirección Nacional

Secretaría General

Subdirección Académica

Facultad de Posgrado

Bogotá, D.C., 29 de septiembre de 2006
Registro ESAP No. 2006 - 13662
(Decreto No. 2150 de 1995, artículo 63)
Anotado al Folio 86, Libro 8

REPÚBLICA DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

ACTA DE GRADO

EL DIRECTOR DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, CERTIFICA: Que en el Libro de Actas de Grado de la Universidad figura la siguiente: **ACTA DE GRADO Nº 877**

En la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, República de Colombia, a los veintiun (21) días del mes de septiembre de dos mil uno (2001), se cumplió el acto de graduación de **JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ.-**, con cédula de ciudadanía Nº 7.160.482 de Tunja - Boy.. Presidió el acto el doctor José Germán López Quintero, Rector (e)de la Universidad y actuó como Secretario, el Secretario General, doctor Carlos Alfonso Zuluaga Arango. El doctor Diego Osorio Jaramillo, Director del Centro de Registro y Control Académico informó que el aspirante terminó sus estudios en el año dos mil uno (2001) primer semestre y obtuvo un promedio de grado de **TRES COMA NUEVE (3,9).-** El Rector de la Universidad le confirió el título de **MÉDICO Y CIRUJANO-.** Por medio de la Resolución Nº 1930 del 20 de septiembre de 2001 y autorizó este acto por haber cumplido el graduando con todos los requisitos exigidos y aprobado todas las asignaturas del plan de estudios correspondiente. El señor Rector tomó el juramento al graduado y le hizo entrega del diploma que lo acredita como MÉDICO Y CIRUJANO. Título aprobado por el Consejo Superior mediante el Acuerdo Nº 007 del 24 de febrero de 1994. con Registro ICFES Nº. 111146100006600111100.

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

Rector(e), fdo. **JOSÉ GERMÁN LÓPEZ QUINTERO**

Decano de la Facultad, fdo. **ALVARO ESTRADA OSPINA**

Secretario General, fdo. **CARLOS ALFONSO ZULUAGA ARANGO**

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

Anotado al Folio 174.R-10 Libro Registro de Diplomas Nº 2 21 de septiembre de 2001

DIEGO OSORIO JARAMILLO
Director del Centro de Registro y Control Académico

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE I NIVEL
PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA SENA-FONADE

El Instituto de Educación no formal Centro Educativo Andino y la E.S.E Red de Servicios de Salud de I Nivel

CERTIFICAN QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió y Aprobó el Seminario Taller en Formulación de Proyectos Metodología General Ajustada, llevado a cabo en San José del Guaviare, los días 18 y 19 de noviembre de 2005, con una intensidad de 16 horas .

JUVENAL MORALES PAJARO
GERENTE E.S.E I NIVEL

LUZ ADRIANA PESCADOR
CENTRO EDUCATIVO ANDINO

ASOCIACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
ASOCIACIÓN DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS
DEL EJE CAFETERO

CERTIFICA

Que **JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ**

Asistió al

PRIMER CONGRESO
DE MEDICINA DEL ADULTO Y CUIDADO INTENSIVO
DEL EJE CAFETERO EN EL NUEVO MILENIO

Dr. CARLOS ALBERTO BOTERO LÓPEZ
Gerente
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Dr. ÁLVARO ARDILA OTERO
Presidente Asociación de Medicina Crítica
del Eje Cafetero

PEREIRA, MAYO 11, 12 Y 13 DE 2000

La Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
INTERNADO ROTATORIO

CERTIFICA

Que ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió al 1er Simposio de Médicos Internos del Eje Cafetero, realizado los días 16 y 17 de noviembre de 1995

Pereira 1995

Dr. RAFAEL ALARCON V.	*Dr. LUIS MAURICIO FIGUEROA G.*	*Dr. JAIME MARTINEZ C.*
Decano Facultad Medicina	*Coordinador Simposio*	*Coordinador Internos*

C E R T I F I C A

Que: ALBEIRO RIAÑO

Asistió al

VI Curso de Gastroenterología

Celebrado en Bogotá el 1 de septiembre de 2001,
con una intensidad de 10 horas

Dr. Fernando Fonseca Chaparro
Vicepresidente de Salud
Organización Sanitas Internacional

Dr. Luis Carlos Sabbagh
Jefe de Gastroenterología
Organización Sanitas Internacional

ColSanitas
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

Clínica Reina Sofía
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA Y
LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL RISARALDA (ACEMRIS),

CERTIFICAN QUE:

El Dr. (a.) JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Participó como ORGANIZADOR

En el 10° CONGRESO ESTUDIANTIL COLOMBIANO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
y 4° CONGRESO COLOMBO VENEZOLANO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Realizado en Pereira (Colombia), entre los días 5 y 8 de Mayo de 1998

JESÚS HERNEY MORENO
Decano(e) de la Facultad

JHON BYRON RAMÍREZ
Presidente de ACEMRIS

PABLO EMILIO JIMÉNEZ
Presidente del Congreso

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA Y LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Certifican que:

A L B E I R O R I A Ñ O R A M I R E Z

Participó en el III Congreso de Médicos Internos del Eje Cafetero y I Congreso Nacional, realizado en Pereira los días 12 y 13 de febrero de 1998

LUIS ALFREDO CASTRILLON
Decano Facultad de Medicina

JUAN C. RIVERA
Organizador

ALEJANDRO GRISALES
Organizador

CARLOS A. BOTERO
Gerente H.U.S.J.

G D R

CREAD Salud

EL GRUPO DE DOLOR DE RISARALDA Y CREAD Salud

C E R T I F I C A N

Q U E : A L B E I R O R I A Ñ O R A M I R E Z

Asistió al simposio

" CEFALEA... UN DOLOR DE CABEZA "

Pereira, Octubre 8 de 1999

FRANCISCO OSORIO V. MD

JOSÉ FERNANDO LÓPEZ H. MD



VIRREY SOLIS I.P.S S.A.

Esta mención se concede a:

José Albeiro Riaño

Como reconocimiento por su Asistencia al Programa de Capacitación Institucional 2006.

Con una intensidad horaria de 16 horas

VIRREY SOLIS
I.P.S S.A.
NIT 900.003.765-1

Septiembre 30 de 2006

Firma **Fecha**

VIRREY SOLIS I.P.S.



VIRREY SOLIS I.P.S S.A.

Esta mención se concede a:

José Albeiro Riaño

Como reconocimiento por el apoyo brindado, por su Entusiasmo, Interés y Compromiso durante el Programa de Capacitación Institucional 2006.

VIRREY SOLIS I.P.S. S.A.
NIT. 800.003.765-1

Septiembre 30 de 2006

Firma **Fecha**

VIRREY SOLIS I.P.S.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE
FUNDACION UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

RECONOCIMIENTO A:

José Albeiro Riaño Ramírez

C.C. 7.160.482 de Tunja

Por cumplir y aprobar todos los requisitos del programa de INTERNADO ROTATORIO de agosto 10 de 2000 a agosto 10 de 2001, le otorgan el presente

CERTIFICADO

DECANO
Facultad de Medicina
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

DIRECTORA
Hospital de San José

JEFE DE POSTGRADOS E INTERNADO
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Bogotá, D.C. Junio 07 de 2001

ASOCIMULDE ONG

GUAVIARE

aiepi

CERTIFICAN QUE:

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

ASISTIÓ AL CURSO DE CAPACITACIÓN EN

AIEPI CLÍNICO

INTENSIDAD: 24 HORAS

San José del Guaviare, Noviembre 7, 8 y 9 del 2005

Dr. MAGNOLIO PALACIOS MOSQUERA
Secretario Dptal de Salud del Guaviare

Dr. ISMAEL E. BOLAÑO RUIZ
Facilitador AIEPI OPS/OMS

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud

unicef

DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

LA SECRETARÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CERTIFICA A:

José Albeiro Riaño

En reconocimiento a su participación en el

CURSO ORGANIZACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA – AIEPI -

Realizado en San José del Guaviare los días 15, 16, 17 y 18 de noviembre de 2005
Intensidad horaria: 30 horas

DORA JUDITH CUADRADO ORJUELA
Secretaria Municipal de Salud

EL COLEGIO COLOMBIANO DE MEDICOS DE URGENCIAS

Certifica:

que ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

asistió al

XI SIMPOSIO NACIONAL DE URGENCIAS MEDICAS

realizado en Santafé de Bogotá, D.C.

durante los días 11, 12 y 13 de Junio de 1992.

(Intensidad horaria 22 horas)

Jaime Bueno A. M.D.
Presidente

Carlos Patiño Sánchez
Coordinador del Simposio

COLEGIO COLOMBIANO DE MEDICOS DE URGENCIAS

Boehringer Ingelheim · Roche · JANSSEN FARMACEUTICA S.A. · Bayer · Upjohn

Santafé de Bogotá, D.C. Junio de 1992

Cruz Roja Colombiana
Bogotá - Cundinamarca

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Certifican que

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió a:

I Taller de Rescate Para Profesionales de la Salud

Intensidad 10 Horas

El dìa 1 de Agosto de 2004 realizado en Tabio, Cundinamarca.

Cruz Roja Colombiana
Bogotá - Cundinamarca

Organización Panamericana de la Salud

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FARMACOLOGÍA

CERTIFICA QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió al **VII Congreso Nacional de Farmacología y Terapéutica**
realizado en la ciudad de Pereira durante los días
13 al 15 de agosto de 1999.

Intensidad 20 horas.

Gustavo Isaza Mejía
Presidente

Carlos Alberto Isaza Mejía
Coordinador

ASOCIACION COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA
CAPITULO RISARALDA
FACULTAD DE MEDICINA U.T.P.

Que: *EL DR. ALBEIRO RIAÑO*

ASISTIO

Al V Curso Anual de Actualización en Medicina Interna
" Terapeutica para el Nuevo Milenio "
14 HORAS CREDTIOS
Pereira, Julio 28-29/2000

Jesús Hernney Moreno Decano	L.H. García Ortiz Coordinador Curso	J.C. Londoño Buenaventura Presidente ACMI

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Certifican:

Que: _____

Asistió a la Segunda Jornada en Pediatria **"AVANCES EN MEDICINA MATERNO INFANTIL"** realizadas en Pereira los días 3 y 4 de Octubre de 1.997.

Dr. ALFREDO CASTRILLON
Decano Facultad de Medicina

Dr. JULIAN GRAJALES
Coordinador Académico Pediatría

Dr. EBER ARISTIZABAL
Coordinador Académico Ginecoobstetricia

Laboratorios SPECIA

CERTIFICADO

Conferido a JOSE ALBEIRO RIAÑO en atención a la Asistencia al curso de Educación Continuada sobre Infección a nivel Intrahospitalaria, con una duración de 4 horas.

Laboratorios SPECIA
División Hospitalaria

SPECIA

Bogotá, JULIO 9 de 1990







Cruz Roja Colombiana
Bogotá - Cundinamarca

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Certifican que

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió a:

V Simposio Nacional de Urgencias Médicas
IV Simposio Nacional de Urgencias Odontologicas

Intensidad 14 Horas

Los días 30 y 31 de julio de 2004 realizado en Bogotá D.C.

Cruz Roja Colombiana
Bogotá - Cundinamarca

Organización Panamericana de la Salud

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Certifican:

Que: A L B E I R O R I A Ñ O R A M I R E Z

Asistió a la Segunda Jornada en Pediatria **"AVANCES EN MEDICINA MATERNO INFANTIL"** realizadas en Pereira los días 3 y 4 de Octubre de 1.997.

Dr. ALFREDO CASTRILLON
Decano Facultad de Medicina

Dr. JULIAN GRAJALES
Coordinador Académico Pediatría

Dr. EBER ARISTIZABAL
Coordinador Académico Ginecoobstetricia

Cendap Ltda

Centro Nacional Para El Desarrollo De La Administración Pública

NIT. 811.012.739-8

Hace Constar Que:

JOSÈ ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió al Seminario Taller

"CONTRATACIÒN Y MODELOS DE PAGO EN LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS DE SALUD"

Con Intensidad de 16 Horas Académicas

E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL
SAN JOSE DEL GUAVIARE
19 Y 20 DE JULIO DE 2005

CONFERENCISTA: DOCTOR MARIO FERNANDO CORDOBA PEREZ

GIOVANNI AGUDELO RAVE
Director Ejecutivo

7° Congreso Médico Latinoamericano de Atención Y Cuidado Primario

Certifica que

Riaño José Albeiro

Asistió al programa académico presentado en el
Centro Internacional de Eventos y Convenciones de
Compensar de Bogotá, los días 24, 25 y 26 de junio de 2006,
acreditado con 27 horas de estudio categoría 1,
de acuerdo con normas internacionales del
Accreditation Council for Continuing Medical Education.

Carlos Ortiz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores Ltda.

Gabriel Robledo Kaisser, MD
Presidente
VII Congreso Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario

Roberto Baquero, MD
Coordinador Académico
Universidad de La Sabana

FUNDACIÓN PARA LAS AMÉRICAS
P. L. A.

Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores Ltda.

GRUPO ECOMEDIOS 14 años

VI CONGRESO DE PROMOCIÓN & PREVENCIÓN en Salud

PROMOCIÓN & PREVENCIÓN 2006

GRUPO ECOMEDIOS

División de Desarrollo del Talento Humano

CERTIFICA A:

José Albeiro Riaño Ramírez

Como participante en el Precongreso - Taller
"PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES, MATRICES E INDICADORES",
realizado en Bogotá el día 23 de Agosto de 2006

Intensidad: 5 horas académicas

HENRY A. RODRÍGUEZ B.
Director Académico

www.ecomedios.com

GRUPO ECOMEDIOS

14 años

VI CONGRESO DE PROMOCIÓN & PREVENCIÓN en Salud

GRUPO ECOMEDIOS

División de Desarrollo del Talento Humano

CERTIFICA A:

Jose Albeiro Riaño Ramírez

Como participante en el VI Congreso de
"PROMOCIÓN & PREVENCIÓN EN SALUD",
realizado en Bogotá, los días 23, 24 y 25 de Agosto de 2006

Intensidad: 30 horas académicas

HENRY A. RODRÍGUEZ B.
Director Académico

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE I NIVEL
PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA SENA-FONADE

El Instituto de Educación no formal Centro Educativo Andino y la E.S.E Red de Servicios de Salud de I Nivel

CERTIFICAN QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió y Aprobó el Seminario Taller en Humanización en la Prestación de los Servicios de Salud, llevado a cabo en San José del Guaviare, los días 2 y 3 de diciembre de 2005, con una intensidad de 16 horas

CARLOS EDGAR RODRIGUEZ HERNANDEZ	JUVENAL MORALES PAJARO	LUZ ADRIANA PESCADOR
CONFERENCISTA	GERENTE E.S.E I NIVEL	CENTRO EDUCATIVO ANDINO

Secretaria
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE
FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Certifican que:

Albeiro Riaño

Asistió al Curso Clínico Universitario "**Un Modelo de Educación Continuada para Médicos Generales**", Bogotá, D.C., de mayo 12 a agosto 25 de 2001. Intensidad 60 horas.

Crédito Universitario para Programas de Posgrado 10/100 puntos

Dr. Roberto Jaramillo Uricoechea
Rector
Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud

Dr. Alfonso Tribin Ferro
Decano Facultad de Medicina
Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud

Dr. José Fernando Cardona Uribe
Secretario de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Dr. Luis Moya Jiménez
Jefe de Educación Continuada
Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud

VI CONGRESO DE

PROMOCIÓN & PREVENCIÓN en Salud

GRUPO ECOMEDIOS 15 años

DIVISIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

CERTIFICA A:

José Albeiro Riaño Ramírez

Como participante en el Precongreso - Taller
"PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES, MATRICES E INDICADORES",
realizado en Bogotá el día 23 de Agosto de 2006

Intensidad: 5 horas académicas

Henry A. Rodríguez B.

HENRY A. RODRÍGUEZ B.
Director Académico

Revista Seguridad Social al día
www.seguridadsocial.com.co

Organización: GRUPO ECOMEDIOS, División de Desarrollo de Talento Humano

VI CONGRESO DE

PROMOCIÓN & PREVENCIÓN en Salud

GRUPO ECOMEDIOS 15 años

DIVISIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

CERTIFICA A:

Jose Albeiro Riaño Ramírez

Como participante en el VI Congreso de "PROMOCIÓN & PREVENCIÓN EN SALUD", realizado en Bogotá, los días 23, 24 y 25 de Agosto de 2006

Intensidad: 30 horas académicas

Henry A. Rodríguez B.

HENRY A. RODRÍGUEZ B.
Director Académico

Revista Seguridad Social al día
www.seguridadsocial.com.co

Organización: GRUPO ECOMEDIOS, División de Desarrollo de Talento Humano

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Institución Universitaria - Personería Jurídica No. 2105 del 29 de Marzo de 1974 - Ministerio de Educación Nacional

El Departamento de Postgrados Administrativos

CERTIFICA QUE:

José Albeiro Riaño Ramírez

C.C. # 7,160,482 de Tunja

Asistió al Seminario:

"Seguridad Social y Aseguramiento"

Con una duración de 16 horas presenciales realizado en San José de Guaviare
los días 26 y 27 de agosto de 2005.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de Agosto del año 2005

ANA MARIA PIÑEROS RICARDO
Rectora

CARLO RIZZI
Director Dpto. Postgrados

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE
E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE I NIVEL

Fundación Mujeres del Futuro
&
Gestores Culturales
NIT. 822200561-4

La Fundación Mujeres del Futuro y la Empresa Social del Estado Red de Servicios de Salud de I Nivel

CERTIFICAN QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió y Aprobó el curso de Planeación Estratégica con énfasis en Empresas Sociales del Estado, llevado a cabo en San José del Guaviare, los días 9 y 10 de Julio de 2004, con una intensidad de 12 horas

CARLOS EDGAR RODRIGUEZ H.
CONFERENCISTA

JUVENAL MORALES PAJARO
GERENTE E.S.E I NIVEL

LIDIA ESTHER SARMIENTO
FUNDACIÓN MUJERES DEL FUTURO

ASOCIACION COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR
FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Otorgan el presente certificado equivalente a 4 hrs. académicas, a:

Alberto Rivera Ramirez.

Por su asistencia al **CURSO MANEJO DEL DOLOR EN NIÑOS**

CAPITULO COLOMBIANO
DE LA I. A. S P y/o
ASOCIACION COLOMBIANA
PARA EL ESTUDIO DE DOLOR
NIT· 800.229.031-5

SECRETARIO ACADEMICO
Facultad de Medicina

60.

Bogotá, Marzo 30, 2.001

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE
FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

Certifica que:

Alveiro Riaño

Asistió al II Curso Clínico Universitario para Médicos Generales
Manejo Práctico de la Enfermedad Coronaria en el Consultorio
Bogotá D. C., octubre 21 de 2000.
6 Créditos Programa Excelencia

Presidente Sociedad de Cirugía

Director Hospital de San José

Rector Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Decano Facultad de Medicina

Jefe Servicio de Cardiología

Coordinador del Curso

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE
E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE I NIVEL

Fundación Mujeres del Futuro
&
Gestores Culturales
NIT. 822200561-4

La Fundación Mujeres del Futuro y la Empresa Social del Estado Red de Servicios de Salud de I Nivel

CERTIFICAN QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió y Aprobó el Seminario Taller sobre Vigilancia Epidemiológica, llevado a cabo en San José del Guaviare, los días 8 y 9 de Octubre de 2004, con una intensidad de 12 horas

JOSE FERNANDO SANCHEZ ORTIZ
CONFERENCISTA

JUVENAL MORALES PAJARO
GERENTE E.S.E I NIVEL

LIDIA ESTHER SARMIENTO
FUNDACIÓN MUJERES DEL FUTURO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE

E.S.E. RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL

CERTIFICA QUE:

JOSEALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió al seminario - taller sobre "Facturacion y Auditoría".

Con una intensidad de 12 horas, San José del Guaviare, Septiembre 8 y 9 de 2004.

Gerente Red de Servicios de Salud I Nivel

Maria del Carmen Pimentel
Conferencista

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
SECRETARIA DE SALUD DEL GUAVIARE
E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE I NIVEL

Fundación Mujeres del Futuro
&
Gestores Culturales
NIT. 822200561-4

La Fundación Mujeres del Futuro y la Empresa Social del Estado Red de Servicios de Salud de I Nivel

CERTIFICAN QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió y Aprobó el Seminario Taller sobre Atención al Usuario y Mercadeo con Énfasis en Calidad, llevado a cabo en San José del Guaviare, los días 5 y 6 de Noviembre de 2004, con una intensidad de 16 horas

Dr. CARLOS EDGAR RODRIGUEZ CONFERENCISTA	JUVENAL MORALES PAJARO GERENTE E.S.E I NIVEL	LIDIA ESTHER SARMIENTO FUNDACIÓN MUJERES DEL FUTURO

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
E.S.E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE I NIVEL
PROGRMA DE CAPACITACION CONTINUA SENA-FONADE

El Instituto de Educación no formal Centro Educativo Andino y la E.S.E Red de Servicios de Salud de I Nivel

CERTIFICAN QUE

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Asistió y Aprobó el Seminario Taller en Facturación y Auditoria en Promoción y Prevención en Salud, llevado a cabo en San José del Guaviare, los días 21 y 22 de octubre de 2005, con una intensidad de 16 horas .

DR. YESID E. RAMIREZ MOYA
CONFERENCISTA

JUVENAL MORALES PAJARO
GERENTE E.S.E I NIVEL

LUZ ADRIANA PESCADOR
CENTRO EDUCATIVO ANDINO

Bogotá D.C, 15 de diciembre de 2018.

Señores:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Bogotá D.C.

REF: autorización para consulta de títulos Académicos

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

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

MEDICO Y CIRUJANO – UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
ESPECIALIZACION ALTA GERENCIA SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ESAP
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma: _____
No. de documento: 7.160.482
Tarjeta profesional No: 2863-2002
Dirección de contacto: Calle 5C No. 56a - 09 Apartamento 2
Teléfono: 3114522439

ADICIÓN No. 6 AL CONTRATO No. PS 1587 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ con C.C No. 7.160.482

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía 79.269.492 de Bogotá D.C., en su calidad de **Ordenador del Gasto** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, con Nit. 900959051–7, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ,** también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 7.160.482**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente adición previa las siguientes consideraciones: **1)** Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. **2.)** Que con fecha 10 DE ENERO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 1587 2018, cuyo objeto consiste en "PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE MEDICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. **3)** Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 15 DE DICIEMBRE DE 2018. **4)** Que el valor del contrato se pactó en la suma de SESENTA MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($60.291.000.oo). **5.)** Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3 Inciso tercero: "*Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año*". **6**) Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima primera del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan. **7)** Que, La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, actualmente requiere mantener el funcionamiento continuo y permanente de la prestación de servicios de salud en el marco de calidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia y calidez en la atención en salud; no cuenta con recurso humano suficiente en su planta de personal, para el proceso de atención, y no logra satisfacer el nivel de producción que se requiere para dar cobertura en el 100% de la demanda de servicios de salud en cada una de sus 28 Unidades , en el entendido de lo anterior, se requiere adicionar el valor de $ 5167800 para el proceso de atención de URGENCIAS al Contrato de Prestación de Servicios N° PS 1587 2018, cuyo objeto es: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE MEDICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., en razón a que la necesidad inicialmente contratada persiste y no cuenta con los recursos financieros suficientes debido a que el valor total del contrato es de 60291000, y cuenta con una ejecución a 31 de Octubre de 57222000. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición que se regirá por las siguientes Cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA**: Adicionar el valor del contrato en la suma de CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($4.771.800.oo). **CLÁUSULA SEGUNDA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 3777 del 29 DE NOVIEMBRE DE 2018. **CLÁUSULA TERCERA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS:** La presente adición sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 29 DE NOVIEMBRE DE 2018.

Las actuaciones de los Usuarios en el SECOP II comprometen a la Entidad Estatal o al Proveedor del cual son agentes. La autenticación del SECOP II, es decir, el nombre de usuario y la contraseña constituyen una firma electrónica en los términos del artículo 7 de la Ley 527 de 1999 y las normas que la reglamentan.

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

Elaboró: Yanessa Lilchyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE
NIT. 800.252.722-2

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PN-DEGUV-29-7-20013-18 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL-DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE Y JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO MÉDICO GENERAL PARA AUDITORIA DE CUENTAS PARA EL ÁREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE.

Entre los suscritos, de una parte la **POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** quien actúa a través de su representante legal o su delegado, quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE** , y por la otra, **EL CONTRATISTA**, debidamente identificados como aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", hemos convenido celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos: **a)** Que teniendo en cuenta que la Dirección de Sanidad tiene como misionalidad contribuir con la calidad de vida de nuestros usuarios, satisfaciendo las necesidades de salud a través de la administración y prestación de los servicios de salud integrales y efectivos, el área de Sanidad del Departamento de Policía Guaviare elaboro los estudios y documentos previos de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015 y la Resolución No. 00090 de 15/01/2018, por el cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014 **b)** Que al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso. **c)** Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de contratación directa, de conformidad con el artículo 2 numeral 4, literal h) de la Ley 1150 de 2007, y de acuerdo al artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015 que establece "Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión la entidad estatal podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto deberá dejar constancia escrita". **d)** Que el Jefe de Talento Humano del Departamento de Policía Guaviare (E), certifica que dentro de la planta de personal de la Entidad no existe suficiente personal para satisfacer la totalidad de los requerimientos necesarios para cumplir la prestación del servicio. **e)** Que el Departamento de Policía Guaviare designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con EL CONTRATISTA, durante el desarrollo del contrato y ejercerá las funciones prescritas en la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 de la Policía Nacional. **f)** Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015) es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO:** El objeto del presente contrato es el que se indica el Anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO:** El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación del servicio propio del Departamento de Policía Guaviare – Área de Sanidad, en consecuencia, el **CONTRATISTA** se compromete para con el **DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE** a prestar el servicio requerido para suplir las necesidades definidas en los estudios y documentos previos. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, derivadas del presente contrato, así como de la naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de resultado. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato,

especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes. **TERCERA. VALOR DEL CONTRATO:** Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma descrita en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **CUARTA. FORMA DE PAGO: EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – ÁREA DE SANIDAD** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO PRIMERO-** Los honorarios corresponden a servicios prestados al DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – ÁREA DE SANIDAD por un tiempo no inferior a noventa y cinco (95) horas mensuales, y de acuerdo a las necesidades del servicio. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El **CONTRATISTA** informa que para efectos del pago de los honorarios mensuales devengados del presente contrato, es titular de la cuenta: AHORROS No. 20030992143 de BANCOLOMBIA. **QUINTA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato está amparado por la apropiación presupuestal que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SÉPTIMA. VIGENCIA:** La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **OCTAVA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** El sitio en el cual se prestará el servicio objeto del presente contrato será el que aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **NOVENA. DERECHOS DEL CONTRATISTA:** En general, son derechos del **CONTRATISTA**: 1.) Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. 2.) Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones.3.) Obtener la colaboración necesaria del **DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE** para el adecuado desarrollo del contrato. **DÉCIMA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En general, son obligaciones de **EL CONTRATISTA:** 1) Auditoria de cuentas de las facturas de la red externa contratada. 2) Realización de formatos exigidos para estas actividades de acuerdo al instructivo DISAN. 3) Determinar la pertinencia en la auditoria de todas las facturas generadas por la red externa. 4) Conciliación de glosas que se generen después de la verificación de la pertinencia de los servicios de salud. 5) Realizar análisis de no conformidades detectadas y coordinar la elaboración de los planes de mejoramiento. 6) Cumplir con la aplicación de indicadores de calidad, rendimiento y productividad. 7) Realizar Recibido a Satisfacción de la facturación contratación MEDIPOL.8) Realizar formatos para pago de compensación de referencia y contrareferencia. 9) Determinar la pertinencia en la auditoría de cuentas generadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud. 10) Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste los servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios. 11) Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste los servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios. 12) Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – ÁREA DE SANIDAD, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al **CONTRATISTA** para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato. 13) Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. 14.) Ejercer su profesión con moral y ética. 15) Hacer parte de los comités que lleve a cabo el Departamento de Policía Guaviare para los cuales fue designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.16) Rendir los informes que el área de Sanidad requiera dentro de los plazos determinados.

17) Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requiera. 18) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por circunstancias deba conocer o manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o un tercero se cause a la administración o a terceros. 19) Obrar con lealtad y buena fe en las diferentes etapas contractuales, evitando dilataciones y entrabamientos que puedan presentarse. 20) Cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral para lo cual deberá allegar planilla y recibo de pago en los términos del Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados; siempre y cuando el plazo del contrato sea superior a tres (3) meses. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. 21) Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres. 22) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato al supervisor del contrato un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual. 23) El **CONTRATISTA** se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA). 24) Cumplir con el objeto contractual. 25) Constituir en debida forma y aportar al Grupo de Contratos del Departamento de Policía Guaviare la Garantía Única. 26) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento al DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – ÁREA SANIDAD y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. 27) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. 28) Restituir al DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – ÁREA DE SANIDAD los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado. contrataciones administrativas que lleve a cabo el DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – ÁREA DE SANIDAD para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. 29.) .) Las demás contenidos en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. En cumplimiento al artículo 2.2.4.6.10 del Decreto 1072 del 2015, el contratista atenderá las siguientes consideraciones: 1) Utilizar los elementos de protección personal necesarios para el desarrollo de la labor 2) Procurar el cuidado integral de la salud. 3) suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. 4) cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de Gestión de la seguridad y la salud en el trabajo.5) *Informar* oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. 6) Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST. 7) Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST 8) Comprometerse a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, de tal forma que el servicio que suministrare cumplen los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental. **DÉCIMA PRIMERA. DERECHOS DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE:** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA**.

DÉCIMA SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE: 1.) Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. 2.) Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien **EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE** mantendrá la interlocución permanente y directa con **EL CONTRATISTA**. **3)** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. **4.)** Recibir a satisfacción el servicio prestado por el contratista, cuando este cumpla con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el presente contrato. 5) Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. **6.)** Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. 7.) Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. 8.) Solicitar y recibir información técnica respecto del servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual. 9) Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos. **DÉCIMA TERCERA. RESERVA DEL PRESENTE CONTRATO:** El CONTRATISTA se obliga para con El DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el contratista, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. Igualmente y en virtud de lo previsto en el artículo 133 de la ley 1474 de 2011, queda expresamente prohibida la promoción o recibimiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **DÉCIMA CUARTA: MECANISMO DE COBERTURA DEL RIESGO A CARGO DEL CONTRATISTA: Dentro de los tres (3) días hábiles** siguientes a la suscripción y registro del contrato subir a la plataforma SECOP II la respectiva póliza del mismo al **CONTRATISTA, la cual** debe ser constituida y presentada a favor de **LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE**, uno cualquiera de los mecanismos de cobertura de riesgo establecidos en el Decreto 1082 de 2015, que cubra los siguientes riesgos: **a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Por el VEINTE por ciento (20%) del valor total del contrato, con una vigencia **igual a la vigencia del contrato y sesenta (60) días más**, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere. **b) DE CALIDAD DEL SERVICIO:** Por el cincuenta por ciento (50%) del valor del contrato con una vigencia **igual a la vigencia del contrato y un (1) año más**, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere. En todo caso, EL CONTRATISTA deberá reponer las garantías cuando el valor de las mismas, se vea afectado por razón de siniestros, dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a la notificación del acto que deje en firme la sanción correspondiente. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Si EL CONTRATISTA se negare a constituir la garantía única prevista en la presente cláusula, en los términos, cuantía y duración establecidos, el DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE- AREA DE SANIDAD podrá declarar la caducidad del presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cuando haya lugar a la modificación del plazo o valor consignado en el contrato, EL CONTRATISTA, deberá constituir los correspondientes certificados de modificación. Si se negare a constituirlos, en los términos en que se le señale, se hará acreedor a las sanciones respectivas y el DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE –AREA DE SANIDAD dará por terminado el contrato en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho deba

reconocer o pagar indemnización alguna. **PARÁGRAFO TERCERO:** De conformidad con lo previsto en el Decreto 1082 de 2015 articulo 2.2.1.2.3.1.7, **Deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión". DÉCIMA QUINTA. INDEMNIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne al DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE –AREA DE SANIDAD de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. **DÉCIMA SEXTA SANCIONES:** Las partes convienen en establecer las siguientes formas de sancionar el incumplimiento de las obligaciones, adquiridas por EL CONTRATISTA en virtud del presente contrato, así: **a) MULTA:** Si el incumplimiento es parcial EL CONTRATISTA reconocerá y pagará al **DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** una suma entre un rango del cero punto veinticinco por ciento (0.25%) al cero punto cinco por ciento (0.5%) de valor del contrato por cada día de retardo en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente contrato, de acuerdo con la gravedad del incumplimiento y sin que se supere el diez por ciento (10%) del valor total del contrato. En caso de incumplimiento no valorable en días la sanción a imponer se tasará entre el cero punto cinco (0.5%) al cinco (5%) por ciento del valor del contrato según la gravedad del incumplimiento, evaluada por la el área de Sanidad del Departamento de Policía Guaviare. **b)** Si el incumplimiento es total, EL CONTRATISTA pagará la **CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA** conforme a lo señalado en el literal d) de la presente cláusula. **c). MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** Cuando EL CONTRATISTA no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** podrá mediante acto administrativo afectar al **CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. **d) PENAL PECUNIARIA**.- En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato. **EL CONTRATISTA** pagará al **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause al **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD**. No obstante, la el **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en la Resolución No. 00090 de 15/01/2018, por el cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional: **1.** Recibido el informe del supervisor en el que se señale un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el Grupo de contratos o la dependencia que haga sus veces, remitirá al ordenador un informe con la relación detallada de los hechos en que se funda el eventual incumplimiento del contratista, las actuaciones llevadas a cabo por el interventor o supervisor del contrato y la pertinencia de la imposición de multa, sanción o declaratoria de incumplimiento, según corresponda. Dicho documento deberá estar acompañado del informe de interventora o de supervisión. **2.** La asesoría jurídica de la entidad verificará el informe presentado por el Grupo de Contratos o la dependencia que haga sus veces, efectuará el análisis correspondiente y lo presentará al delegatario contractual, quien con arreglo a dicho análisis, ordenará la citación a audiencia al contratista. El documento de citación estará a cargo de la asesoría jurídica de la entidad y contendrá: a) La mención expresa y detallada de los hechos que la soportan; b) La enunciación de las normas o cláusulas posiblemente violadas;

c) La mención de las consecuencias que podrían derivarse para EL CONTRATISTA en desarrollo de la actuación; d) El Lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia. **NOTA 1.** La determinación de la fecha de realización de la audiencia deberá obedecer a la naturaleza del contrato y a la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **(Literal a) art. 86 ley 1474 de 211). NOTA 2.** La citación será suscrita por el delegatario contractual y estará acompañada del informe de interventora o supervisión. A la audiencia deberá ser convocado el interventor o supervisor del contrato. **NOTA 3.** En el evento en que la garantía de cumplimiento consista en póliza de seguros, el garante será citado de la misma manera. **3.** La audiencia será presidida por el ordenador, una vez instalada se procederá a constatar la asistencia y a instruir a los participantes sobre la forma como se desarrollará. Surtido lo anterior el ordenador hará la presentación de las circunstancias de hecho que motivan la actuación, enunciando las normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para EL CONTRATISTA en desarrollo de la actuación **4.** Concluida la intervención del ordenador se concederá el uso de la palabra al representante legal del contratista o a quien lo represente, y al garante, para que presenten sus descargos, para lo cual podrán rendir las explicaciones del caso, aportar pruebas y controvertir las presentadas por la respectiva Unidad Policial. **5.** Finalizada la intervención del contratista y la del garante, el delegatario contractual con apoyo en las pruebas e informes que respalden su decisión, ordenará dar lectura de la resolución motivada, proyectado por la asesoría jurídica de la Unidad, en la que se consignará lo ocurrido en desarrollo de la audiencia, y se decidirá sobre la imposición o no de la multa, sanción o declaratoria de incumplimiento. La resolución así expedida se entenderá notificada en la audiencia. Contra la decisión proferida sólo procede el recurso de reposición que se interpondrá, sustentará y decidirá en la misma audiencia. La decisión sobre el recurso se entenderá notificada en la misma audiencia.**6.** El delegatario contractual podrá dar por terminada la audiencia en cualquier momento, si por algún medio tiene conocimiento de la cesación de la situación de incumplimiento. Para el efecto se levantará el acta correspondiente. **(Literal d) art.86 ley 1474 de 2011). NOTA 4.** En cualquier momento del desarrollo de la audiencia, el delegatario contractual podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, en su criterio resulte necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, resulte necesario para el correcto desarrollo de la actuación administrativa. En tal evento, al adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia, lo que constará en el acta respectiva. **(Literal d) art.86 ley 1474 de 2011). NOTA 5.** Para hacer efectivo el pago de las multas, sanciones pactadas en el contrato, y de la cláusula penal pecuniaria podrá acudirse a descontar el valor de las mismas de las sumas adeudadas al contratista o, a efectuar su cobro a través de la garantía constituida por éste. Para el efecto en el acto administrativo correspondiente se harán las previsiones del caso. Si por ninguna de estas vías se logra el pago de las sanciones, se acudirá al cobro por jurisdicción coactiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. **(Parágrafo art.17 ley 1150 de 2007). NOTA 6.** De conformidad con lo dispuesto en el **numeral 2° del artículo 1° de la ley 80 de 1993,** en tratándose de uniones temporales, las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución del contrato de cada uno de sus miembros. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, EL CONTRATISTA dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que **EL CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva. **DECIMA SÉPTIMA. CADUCIDAD ADMINISTRATIVA:** Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, al **DEPARTAMENTO DE POLICIA**

GUAVIARE – AREA DE SANIDAD por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1.993, observando el procedimiento establecido en el artículo 86 del ley 1474 de 2011. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y **EL CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. El **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD**, hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, **EL CONTRATISTA** devolverá al **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de la labor ejecutada recibida a satisfacción por el **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo, el **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD**, si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago. **DECIMA OCTAVA. DESARROLLOS TECNOLÓGICO INFORMÁTICO O CIENTÍFICO:** Los desarrollos de los proyectos tecnológicos, informáticos o científicos que llegare a elaborar y diseñar **EL CONTRATISTA** en ejecución del presente contrato, se consideran propiedad de **LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL** razón por la cual EL CONTRATISTA se obliga a suministrar los documentos, manuales y programas fuentes objeto de toda aplicación, investigación, desarrollo o resultado de la ejecución de este contrato. **DECIMA NOVENA. OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES:** En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80/93, debidamente establecidas y documentadas, el **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí previstas, en caso que las mismas resulten aplicables. **VIGÉSIMA. MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **VIGÉSIMA PRIMERA. CESIONES Y SUBCONTRATOS: EL CONTRATISTA** no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita del **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD**, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. La celebración de subcontratos no relevará al **CONTRATISTA** de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. **VIGÉSIMA SEGUNDA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en el artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículo 18 de la ley 1150 de 2007 y el artículo 90 de la ley 1474 de 2011. **VIGÉSIMA TERCERA. SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá una acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se considere necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computara para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. **VIGÉSIMA CUARTA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato, sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en el artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA QUINTA. PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el **perfeccionamiento** del presente contrato se requiere de las firmas de las partes y del correspondiente registro presupuestal y para su **ejecución** se requiere de la aprobación por parte del **DEPARTAMENTO**

DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD del mecanismo de cobertura de riesgos, constituido por parte del **CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO.-** Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del contrato y entrega de una copia del mismo al **CONTRATISTA**, éste se obliga a cancelar y a constituir la garantía única. Dentro de ese mismo término, deberá presentar los recibos de pago correspondientes y el mecanismo de cobertura de riesgos en la Oficina de Contratos del DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE, con el fin de que el contratista suba la póliza a la plataforma SECOP II. Las sanciones que ocasionen su no pago oportuno y la no entrega de los respectivos documentos al **DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD** dentro del término antes fijado, serán a cargo del **CONTRATISTA**. **VIGÉSIMA SEXTA. DOCUMENTOS:** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Carta de ofrecimiento de los servicios. **b)** Hoja de Vida del **CONTRATISTA** junto con los documentos que acrediten la formación académica y la experiencia. **c)** Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del **CONTRATISTA. d)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal. **e)** La póliza de que trata el presente contrato, debidamente aprobada por **LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD. VIGÉSIMA SÉPTIMA. IMPUESTOS: EL CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana. **VIGÉSIMA OCTAVA. NO CONSTITUCIÓN DE RELACIÓN LABORAL.** En virtud a lo establecido en el artículo 32 numeral 3º de la Ley 80 de 1993, el presente contrato en ningún caso, genera relación laboral ni derecho a prestaciones sociales. En consecuencia se deja expresa constancia que **EL CONTRATISTA** conoce su naturaleza de **"CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS"**. **VIGÉSIMA NOVENA. PASAJES Y GASTOS DE VIAJE**: La **POLICÍA NACIONAL –DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE- AREA DE SANIDAD** reconocerá y pagará al **CONTRATISTA** pasajes y gastos de viaje, en el evento de que en desarrollo de las actividades objeto de su contrato autorizadas **por LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL -DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE – AREA DE SANIDAD**, deba desplazarse de su sede habitual de prestación del servicio, liquidados conforme a las normas vigentes para viáticos de funcionarios de la Rama Ejecutiva con nivel salarial equivalente a los honorarios del **CONTRATISTA**. **TRIGÉSIMA. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **TRIGÉSIMA PRIMERA. VEEDURÍAS CIUDADANAS:** el presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. **TRIGÉSIMA SEGUNDA. RÉGIMEN LEGAL:** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. **TRIGÉSIMA TERCERA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de San José del Guaviare, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en San José del Guaviare

EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE

Coronel **MIGUEL ANGEL BOTIA MURILLO**
Comandante Departamento de Policía Guaviare

CONTRATISTA

JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ
C.C. No. 7.160.482 de Tunja

Elaboro TA-30 Lida Maritza Duque Hernández. Analista de Contratos Sanidad DEGUV
Revisó: Subteniente Cindy Lorena Gualtoros Campos, Jefe Grupo de Contratos DEGUV
Revisó: Subteniente Fabián José de la Cruz Pinedo, Jefe Asuntos Jurídicos DEGUV (E)
Revisó y aprobó: Teniente Carlos Alberto Guillen Agudelo Jefe Area de Sanidad DEGUV
Revisó y Aprobó: Capitán Jhon Jairo Ortiz Alvarado, Jefe Administrativo DEGUV
Revisó y Aprobó: Teniente Coronel Benjamín Cáceres Acosta, Subcomandante DEGUV
Fecha de Elaboración: 2018
Ubicación: Mis Documentos/Contratos 2018

deguv.oficina@policia.gov.co
Calle 9 No. 21-20 Barrio La Esperanza San Jose del Guaviare
Teléfono No 098-5840048/5840470

ANEXO No.1 "DATOS DEL CONTRATO"

CONTRATO	**PN DEGUV 29-7-20013-18**
CONTRATANTE	LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE
NIT.	800.252.722-2
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	Coronel MIGUEL ANGEL BOTIA MURILLO
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	79.590.682 de Bogotá
CARGO	Comandante Departamento de Policia Guaviare
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Resolución No. 3377 de 15 de mayo de 2017
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución No. 00076 de 11 de enero de 2018
CONTRATISTA	**NOMBRE:** JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ **DOC. IDENTIDAD**: C.C. 7.160.482 **NIT:** 7.160.482-8 **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** San José del Guaviare **TELEFONO:** 3114522439 **E-MAIL:** albeiromd5@gmail.com
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del proceso PN DEGUV CD 018 2018
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será el Jefe del área de sanidad Guaviare o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe el Ordenador del Gasto, el cual cumplirá sus funciones de conformidad con lo previsto en el articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011 y en la Resolución 00090 de 15/01/2018 y el instructivo 016 DIPON –DIRAF-70 del 24 de marzo de 2010, **debiendo presentar un (01) informe de ejecución cada mes, durante la duración del contrato,** quien tendrá entre otras las siguientes obligaciones. 1 Remitir el acta de inicio al grupo de contratos del Departamento de Policia Guaviare. 2 Verificar que El **CONTRATISTA** cumpla con las obligaciones descritas en el presente contrato. **3.** Informar al Grupo de Contratos del Departamento de Policia Guaviare, respecto a las demoras o incumplimiento de las obligaciones **del CONTRATISTA. 4.** Elaborar un reporte mensual con destino al Grupo de Contratos del **DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE** sobre la relación de actividades y trámites adelantados por el CONTRATISTA, certificando el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA. Dicha certificación se constituye, en requisito previo para cada uno de los pagos que deba efectuar.5.** Comprobar que el contratista mensualmente está cumpliendo con la obligación de afiliación y cotización a los sistemas de Seguridad Social, Salud y Pensión de acuerdo con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018

CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO	El objeto del presente contrato es la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Médico General para Auditoría de Cuentas para el área de Sanidad del Departamento de Policía Guaviare.
CLÁUSULA TERCERA.- VALOR	Para todos los efectos legales y presupuestales el valor total del contrato asciende a la suma de **TRECE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS ($13.905.885)**. VIGENCIA | VALOR 2018 | 4.204.105 2019 | 9.701.780 Honorarios mensuales de **UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS ($1.940.356)**, según lo estipulado en la Resolución No. 511 de 22 de agosto de 2014 "por la cual se fijan los requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios" emanada por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
CLÁUSULA CUARTA.- FORMA DE PAGO	La Policía Nacional –Departamento de Policía Guaviare se obliga a cancelar el valor total o parcial del contrato, de acuerdo a la prestación del servicio, a la cuenta que indique el contratista, de conformidad con la aprobación del PAC correspondiente que efectué el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario contados a partir de la presentación de la factura comercial vigente de acuerdo a las normas estipuladas por la DIAN y/o cuenta de cobro, a cual el contratista no debe constituirla o darle la connotación de título valor, por cuanto se requiere de la misma para el trámite del respectivo pago, la cual deberá ser entregada entre el día veinte (20) y veinticinco (25) de cada mes, junto con el recibido a satisfacción del bien o servicio por parte del Supervisor del contrato, y los documentos del pago de seguridad Social (salud, pensión), requeridos por la oficina de central de cuentas del Departamento de Policía Guaviare, teniendo en cuenta el derecho a turno de acuerdo con el artículo 19 de la ley 1150 de 2007, hasta completar el ciento por ciento (100%) del valor del contrato. Si los documentos en referencia son devueltos por la Policía Nacional del Departamento de Policía Guaviare, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. El acta de inicio aunque se encuentre suscrita por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte del Departamento de Policía Guaviare del servicio suministrado y por

<table>
<tr><td></td><td>consiguiente, no exime al contratista de su responsabilidad en cuanto a la buena calidad del servicio contratado o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Si el acta de inicio no ha sido bien elaborada o no se acompaña a esta de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregida el acta o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos.

NOTA: Se debe aplicar lo estipulado en el Decreto 242 de fecha 24/11/2018 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público "por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:
NOMBRE BENEFICIARIO: JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: Ahorros
NUMERO DE CUENTA: 20030992143</td></tr>
<tr><td>CLÁUSULA QUINTA.- APROPIACIÓN PRESUPUESTAL</td><td>Para la vigencia 2018 amparado mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 7618 del 16/10/2018, expedido por el Jefe de presupuesto del Departamento de Policía Guaviare y para la vigencia 2019 mediante comunicación oficial No. S-2018-0078463/DISAN-PLANE-29 firmado por el Brigadier General HENRY ARMANDO SANABRIA CELY, Director de Sanidad de la Policía Nacional autoriza el cupo para asumir obligaciones con presupuesto de la vigencia 2019.</td></tr>
<tr><td>CLÁUSULA SEXTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN</td><td>El plazo de ejecución es de Siete (07) meses y cinco (05) días distribuidos así:
<table><tr><td>VIGENCIA</td><td>PLAZO DE EJECUCION</td></tr><tr><td>2018</td><td>Dos (2) meses y cinco (05) días</td></tr><tr><td>2019</td><td>Cuatro (4) meses</td></tr></table>El cual cuenta a partir de la aprobación de la garantía única y la expedición del acta de inicio.</td></tr>
<tr><td>CLÁUSULA OCTAVA: SITIO DE PRESTACION DEL SERVICIO.</td><td>Se establece como lugar de prestación de servicios el Área de Sanidad del Departamento de Policía Guaviare</td></tr>
<tr><td>CLÁUSULA DECIMA OCTAVA- MONEDA DEL CONTRATO</td><td>Pesos colombianos</td></tr>
</table>

CONTINUACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PN-DEGUV-29-7-20013-18 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL- DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE Y JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO MÉDICO GENERAL PARA AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS PARA EL ÁREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAVIARE

EL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE

Coronel **MIGUEL ANGEL BOTIA MURILLO**
Comandante Departamento de Policía Guaviare

CONTRATISTA

JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ
C.C. No. 7.160.482 de Tunja

Elaboro TA-30 Leidi Maritza Duque Hernández. Analista de Contratos Sanidad DEGUV
Reviso: Subteniente Ginny Lorena Gualteros Campos, Jefe Grupo de Contratos DEGUV
Reviso: Subteniente Fabian Jose de la Cruz Pinedo. Jefe Asuntos Juridicos DEGUV (E)
Reviso y aprobó: Teniente Carlos Alberto Gutiez Agudelo Jefe Area de Sanidad DEGUV
Revisó y Aprobó: Capitan Jhon Jairo Ortiz Alvarado, Jefe Administrativo DEGUV
Revisa y Aprobó: Teniente Coronel Benjamin Caceres Acosta, Subcomandante DEGUV
Fecha de Elaboración: 2018
Ubicación: Mis Documentos/Contratos 2018

deguv.ofcon@policia.gov.co
Calle 9 No. 21-20 Barrio La Esperanza San Jose del Guaviare
Teléfono No 098-5849648/5840470



ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRADOS
"ASSIN" SAS
NIT: 900197505-8

CERTIFICACION LABORAL

La suscrita **GINA XIOMARA ORTIZ ESGUERRA** identificada con cedula de ciudadanía N°52.978.675 de Bogotá, en calidad de representante legal de ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRADOS "ASSIN" SAS con NIT 900197505-8, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de San José del Guaviare, certifico que el Dr. **JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía N° 7.160.482, de Tunja Boyacá, labora al servicio de nuestra empresa con contrato de prestación de servicios, como Medico Auditor, funciones que ejerce desde el 01 de abril de 2014 hasta la fecha, con una asignación básica mensual actual de 4.500.000,00. (Cuatro millones quinientos mil pesos, mda/cte.)

Dada en Bogotá el 24 de febrero de 2017.

Gina Ortiz

GINA XIOMARA ORTIZ ESGUERRA
Representante legal "ASSIN" SAS

San José del Guaviare
Calle 12 B N° 19 53 Barrio El Modelo
Teléfonos: 3182376056
asiinguaviare@gmail.com

San José del Guaviare, 30 de junio de 2015

CAPRECOM E.P.S.
Territorial Guaviare

CERTIFICA:

Que el señor **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ,** con la cédula de ciudadanía Nº 7.160.482 Tunja Boyacá, Suscribió con CAPRECOM EPS Nit. 899999026-0 "AREA DE AUDITORIA" Contrato mediante orden de prestación de servicios como AUDITOR CONCURRENTE que a continuación se relaciona, el cual no genera relación laboral, ni prestaciones sociales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32 de la ley 80 de 1993.

Nº contrato	Valor total contrato	Plazo total del contrato	Fecha de inicio	Fecha de termino
OR95-133-2012	$11.077.015,00 MCTE	3 meses	19-10-2012	31-12-2012
OR95-008-2013	$13.349.046,00 MCTE	3 meses	10-01-2013	31-03-2013
OR95-058-2013	$40.416.138,00 MCTE	9 meses	01-04-2013	31-12-2013
OR95-003-2014	$26.944.092,00 MCTE	6 meses	07-01-2014	30-06-2014
OR95-064-2014	$26.994.092,00 MCTE	6 meses	16-07-2014	31-12-2014
OR95-037-2015	$26.944.092,00 MCTE	6 meses	02-01-2015	30-06-2015

El presente certificado se expide a los treinta (30) días del mes de junio de dos mil quince (2015)

PEDRO FERNANDO RESTREPO BENJUMEA
Director Territorial

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO
OCTAVA DIVISION - DECIMA SEXTA BRIGADA
BATALLÒN DE ASPC No.16 ***TC BENEDICTO TRIANA"***
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 4006 NIT 830.039.670-5

CERTIFICACION CONTRATOS

ENTIDAD CONTRATANTE — LA NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – BATALLON DE ASPC No.16 – ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD 4006 NIT 830.039.670-5

NOMBRE CONTRATISTA — **JOSE ALBEIRO RIAÑO NIT 7.160.482**

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	DURACION MESES	VALOR	OBJETO
15	03/01/2013	31-12-2012	12	51.912.000	PRESTACION DE LOS SERVICIOS AUDICTOR MEDICOS Y CUENTAS MEDICAS AL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
13	03/01/2014	EN EJECUCION	06	19.464.000	

LA NACION MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – BATALLON DE ASPC No.22 – ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD 4006 NIT 830.039.670-5, certifica que **JOSE ALBEIRO RIAÑO NIT 7.160.482**, ha desarrollado el objeto de los contratos anteriormente citados, cumpliendo con los parámetros de calidad, eficiencia y oportunidad allí establecidos.

NOTA: El contrato numero 13 del 03/01/2014 por valor de $ 19.464.000.00, se encuentra en ejecución.

Se firma la presente a solicitud del interesado en la ciudad de San José del Guaviare a los 21 días del mes de Enero de 2014.

Capitán **GARAVITO GONZALEZ EDWIN**
Directora Establecimiento de Sanidad Militar 4006

Elaboró SV. MEDINA RODRIGUEZ HENRRY
Coordinador Administrativo ESM 4006

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

CERTIFICA QUE:

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

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

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

JEFFERSON ALONSO CASTRO ROMERO

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza
TEL: (98) 5840045 – 5840168 FAX: 5840531 – 5841243
Correo Electrónico – esehsjg@axesat.net

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

L a Suscrita Representante Legal

CERTIFICA:

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

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

ROCIO DEL PILAR VEGA FERIZ
Representante Legal

Carrera 18 No 08-30 Ofc: 102 •
Tele fax: (8) 8701581 • E-mail: preformar@live.com
Neiva (Huila)

OUTSOURCING SALUD LTDA
NIT900261038-3

EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA EMPRESA
OUTSOURCING SALUD LTDA
NIT: 900261038-3

CERTIFICA:

Que el Dr. **JOSÉ ALBEIRO RIAÑO RAMÍREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía Nº 7.160.482, de Tunja Boyacá, labora al servicio nuestra empresa desde el 01 de junio de 2010, con contrato a término indefinido, como medico auditor cargo que ejerce a la fecha, con una asignación básica mensual actual de 5.500.000,00. (Cinco millones quinientos mil pesos, mda/cte.)

Dada en San José del Guaviare a los 20 días del mes junio de 2016, a solicitud del interesado.

FELIX ABELARDO BARRETO SALAMANCA
SUBGERENTE

San José Del Guaviare, Carrera 24 N° 6-42 Barrio, 20 de Julio Telefax: 098-5849620 Cel: 3103416821
Bogotá, Tv 25 N° 53 C-09 oficina 304 Telefax: 091-5458646
auditoriamedicaguaviare@hotmail.com

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

LA JEFATURA DE LA SECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL CERTIFICA

FECHA

D	M	A
30	08	2018

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

CARGO: ASISTENTE III SENATORIAL	690033
DEPENDENCIA: UTL LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA	3000-3000350
FUNCIONARIO: X	EX-FUNCIONARIO:

FECHA DE INGRESO

D	M	A
06	09	2016

FECHA DE RETIRO

D	M	A
30	07	2018

SUELDO BÁSICO	$	3,906,210.00	S. TRANSPORTE	$	0.00
P. TÉCNICA	$	0.00 (0.00)	PRIMA GESTIÓN	$	0.00
P. ANTIGUEDAD	$	0.00 (0.00)	HORAS EXTRAS	$	0.00
P. ALIMENTACIÓN	$	0.00	PRIMA TRANSPORTE	$	0.00

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

ELABORADO Y REVISADO POR

MARISOL RINCON ROZO
JEFE SECCIÓN REGISTRO Y CONTROL

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
DESPACHO DEL SECRETARIO

EL SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (E)

CERTIFICA

*Que **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 7.160.482 expedida en Tunja Boyacá, desempeñó el cargo de Médico del Servicio Social Obligatorio para el Departamento del Guaviare, según plaza aprobada por el Ministerio de Salud-Secretaría de Salud del Guaviare según Formulario 002 del 02 de enero de 2001 y número de orden 3-M, de acuerdo con la Resolución 1817 y Acta de Posesión 2388 del 01 de octubre de 2001.*

Que el mencionado profesional prestó el servicio del 01 de octubre de 2001 hasta el 30 de septiembre de 2002 y cumplió con los programas y actividades que le fueron encomendados por la Secretaría Departamental de Salud del Guaviare.

*En consecuencia, **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, cumplió con el Servicio Social Obligatorio como Médico.*

Dada en San José del Guaviare, a los 17 días del mes de octubre de 2002.

FARIDE CORTES GONZALEZ

Gloria R.

Calle 7 23-51 Tels. 5840786, 840249, 841266, 841664, 840527, 5841593 Fax 5840 011
Saludguaviare@hotmail.com secresalud@uole.com

ORGANIZACION NACIONAL INDIGENA DE COLOMBIA
ONIC
NIT. 860.521.808-1

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

CERTIFICA QUE:

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

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

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

Atentamente,

ALVARO PIRANGA CRUZ
Consejero de Planeación, Administración y Finanzas ONIC

COMISIÓN EUROPEA
Ayuda Humanitaria

HILFSWERK AUSTRIA INTERNATIONAL

HILFSWERK AUSTRIA INTERNATIONAL
NIT. 830.147.483

CERTIFICA QUE

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

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado.

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

Atentamente,

José Luis Bociga Sandoval
Representante para Colombia
Hilfswerk Austria International

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

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

11127-4

AC-2016-11

San José del Guaviare, 21 de Abril del 2016 *Página 1 de 6*

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

HACE CONSTAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

1. .NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

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

2. FUNCIONES

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

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

SUBGERENTE UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIOS - CALAMAR

1. PROPOSITO PRINCIPAL DEL CARGO

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

2. FUNCIONES

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

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

MEDICO GENERAL

1. *PROPOSITO PRINCIPAL DEL CARGO*

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

2. *FUNCIONES*

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

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

COORDINADOR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PYP

1. PROPOSITO PRINCIPAL DEL CARGO

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

2. FUNCIONES

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

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

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

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

MACEDONIO SILVA ESPITIA
Técnico Administrativo (Archivo)

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

talentum
Cooperativa de trabajo asociado
NIT 830.138.325-3

CERTIFICA:

Que **RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO** identificado con cédula de ciudadanía número **7160482** estuvo vinculado (a) como trabajador (a) asociado (a) en la Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, mediante convenio de asociación a término indefinido, desde el **3 de Marzo de 2006** hasta el **30 de Septiembre de 2007.**

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de , conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios **VIRREY SOLIS IPS S.A..**

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los veinticuatro (24) días del mes de Enero del año dos mil once (2011).

TALENTUM
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT 830.138.325 - 3
COORDINADOR TALENTO HUMANO

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.160.482**

RIAÑO RAMIREZ

APELLIDOS

JOSE ALBEIRO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

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

VILLA DE LEIVA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-ABR-1987 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00847344-M-0007160482-20160908 **0050**977436A 1 14610523

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14337073295

(415)7707212489984(8020) 000001433707329 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 6 0 4 8 2	8	Delegada de Imp y Aduanas de San José de Guaviare 7 8	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 1 6 0 4 8 2	1 9 8 7 0 4 2 4

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIAÑO	RAMIREZ	JOSE	ALBEIRO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Guaviare 9 5	San José del Guaviare 0 0 1

41. Dirección principal: CR 24 6 42

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
albeiromd5@hotmail.com		6 7 0 3 8 4 2	3 1 1 4 5 2 2 4 3 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 6 2 1	2 0 0 1 1 0 0 1	8 6 9 9	2 0 0 1 1 0 0 1	7 0 2 0	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 5 0 6

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-05-2017
Hora: 11:45:24 AM

CONTRIBUYENTE NIT 7160482-8 JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

Información General

Dirección CLL 5 C 56 A 09

Teléfonos 3114522439

Dirección electrónica albeiromd5@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/11/2005

Soporte Inscripción 6351424

Fecha Inicio Actividades 28/11/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 70201-ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE GESTION

Actividad 3: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001981428

Fuente ICA TE TOCA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Cla

7160482

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 99	31 - DIC. 09	31 - DIC 19



APELLIDOS Y NOMBRES

RIAÑO RAMIREZ

JOSE ALBEIRO

PROFESION BACHILLER

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

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

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

7160482
DUPLICADO
19 JUN 94
FECHA EXP.

CARVAJAL S.A



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro Nº
95 2863 2002
Firma Médico
Nombres y Apellidos
JOSE ALBEIRO RIANO RAMIREZ
C.C. o C.E. C 7160482
De TUNJA
Universidad
TECNOLOGICA
Ciudad
PEREIRA
Código 34840 01
Fecha de Expedición
21 04 2003



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FIRMA MINISTRO DE SALUD
ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

2863

RESOLUCION Nro.

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
En uso de sus facultades conferidas por el Decreto 1875 de 1994
Y el Decreto 0225 del 11 de Septiembre de 1995 y,

CONSIDERANDO

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

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

RESUELVE

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en San José del Guaviare, 22 OCT 2002

CESAR AUGUSTO JARAMILLO MARTINEZ
Secretario Departamental de Salud

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 7160482

Primer Nombre *: JOSE

Primer Apellido *: RIANO

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-15→5:59:13 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	7160482	JOSE	ALBEIRO	RIANO	RAMIREZ	Ver

Información Detallada [CC: 7160482] JOSE ALBEIRO RIANO RAMIREZ

2018-12-15→5:59:13 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2002/10/22	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

C-2119

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 7160482 de Tunja y T.P. o R.M. No. 95-2863/2002 del(a) Ministerio de Salud, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD., MSC.
Presidente

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	JOSE ALBEIRO
Apellidos:	RIAÑO RAMIREZ
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 7.160.482
Fecha de Nacimiento:	Día 22 Mes 02 Año 1969

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	14-02-01	EUVAX WVX 1029	MonaT.
	2	20-03-01	EUVAX WVX 1029	MonaT.
	3	13-08-01	BERNA-1434024	Ana P. Ag
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

idime

29-E29-336764

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

No. de Orden : E29-336764
Paciente : RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO
Documento Id : 7160482
Empresa : PARTICULAR
Sede : OCCIDENTE

No. Interno : E29-336764
Edad : 48 a 3 m 29 d
Teléfono : 6703842
E-Mail : @
No. Autoriza:

HBSAC**

BUIJUA1

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

Se sugiere correlacionar con historia clínica.
VALORES DE REFERENCIA:

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

CONTROL VACUNACION

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

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Validó: Reg 1031144717 ANDREA MORENO GONZALEZ

FIRMA

COORDINADOR LABORATORIO

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

idime

29-E29-336764

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

No. de Orden : E29-336764
Paciente : RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO
Documento Id : 7160482
Empresa : PARTICULAR
Sede : OCCIDENTE

No. Interno : E29-336764
Edad : 48 a 3 m 29 d
Teléfono : 6703842
E-Mail : @
No. Autoriza:

HBSAC**

BUIJUA1

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

Se sugiere correlacionar con historia clínica.
VALORES DE REFERENCIA:

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

CONTROL VACUNACION

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

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Validó: Reg 1031144717 ANDREA MORENO GONZALEZ

FIRMA

COORDINADOR LABORATORIO

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Prestador: 110010653701
Direccion: Cra 24 Nro 84 - 37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDSO-1 / REV 5 - JUL/14

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	Bogota D.C. - 2017/06/02		
Paciente:	JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ	Origen:	PARTICULAR
CC:	7160482	Destino:	
Edad:	48 años	Cargo:	MEDICO
Tipo Evaluación:	**EXAMEN PRE - INGRESO**	Nro Ingreso:	566249 / BOGOTA - POLO CLUB I
Fecha Ingreso:	2017-06-02 14:37:19	Fecha Salida:	2017-06-02 14:50:14

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS**

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PRE - INGRESO:	**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE**
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Remitir a ARL
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Control Periodico PP por EPS
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Uso de E.P.P.

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Biologico:	Uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificacion de esquemas de vacunacion
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Especificas

REALIZAR PAUSAS LABORALES ACTIVAS PARA MANOS.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

Profesional Ocupacional: CESAR AUGUSTO TORRES PARDO
Registro M.D: 79563238
Licencia S.O: 0879 de 07/10/11

Firma del Paciente: JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ
Identificacion: C.C. - 7160482

CODIGO DE VERIFICACION 1899



CERTIFICA QUE:

JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

C.C. 7.160.482

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

BOGOTÁ D.C 16 AL 21 DE NOVIEMBRE DE 2018

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 79.719.243-8

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 79.719.243-8 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 79.719.243-8

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIO

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

Y : 3508026259-3505618740-3222354745

: angdelasalud@hotmail.com

: @angdelasalud

DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.com.co

VIGENCIA NOVIEMBRE 2020

CENTRO DE FORMACIÓN EN ÁREAS DE LA SALUD Y EL TRAUMA
CFAST COLOMBIA

Certifica que

José Albeiro Riaño Ramirez

I.D 7.160.482

Cursó y aprobó satisfactoriamente el entrenamiento, las evaluaciones de conocimientos y destrezas del curso:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado en modalidad virtual, siguiendo los lineamientos establecidos en la legislación nacional en el Decreto 1011 de 2006 (SOGC), Resolución 0459 de 2012 y la Resolución 2003 de 2014, Con una intensidad horaria de 40 horas del 14 de Noviembre 2018 hasta 14 de Diciembre de 2018.

Giovanny Galindo Villermo
Director de curso
Director General - CFAST Colombia

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

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

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

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

FECHA:	2018-12-15	CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Bogota D.C.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
RIAÑO	RAMIREZ	JOSÉ	ALBEIRO	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	7160482	TUNJA	1987-04-24
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1969-02-22	VILLA DE LEYVA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒	VIUDO(A) ☐	3	2	3114522439

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	OTRO ☐	CUAL:	MEDICO Y CIRUJANO, ALTA GERENCIA SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 5C No. 56A-09	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	ND

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
albeiromd5@gmail.com	ND	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARANZAZU	VERA	PAOLA	ANDREA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.120.571.043	SAN JOSE DEL GUAVIARE	2009-08-20	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8621	8699
	NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐	

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		NIT #:	
	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ ALUD ☒		900,959,051

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA T☐SPORTE T☐OLOGIA AL☐NTOS MEDIC☐ENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 # 5-43	3444484	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL HOSPITALARIO, URGENCIAS, QUIRURGICOS.		**FECHA VINCULACION**	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 2,800,000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 320,000,000
HONORARIOS	$ 11,740,000	ARRIENDOS	$ 1,150,000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 1,200,000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 1,300,000	VEHICULOS	$ 35,000,000	DEUDA VEHICULOS	$ 20,000,000
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 3,200,000	PROPIEDADES	$ 490,000,000	DEUDAS TERCEROS	$ 120,000,000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 900,000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 11,740,000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 9,350,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 525,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 461,200,000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SAAVEDRA	HERNANDEZ	BERTILDE	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 54 No. 4G-42 PISO 3	BOGOTÁ D.C.	PERSONAL	3208666464

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	20030992143	SAN JOSE DEL GUAVIARE	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

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

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

MÉDICO DE URGENCIAS - SUBRED, MEDICO AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS - POLICIA, ASESOR DE POBLACION INDIGENA - ART.

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113610264631

(415)7707212489984(8020) 000211361026463 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
71604828	8	RIAÑO	RAMIREZ	JOSE	ALBEIRO	78

24. Actividad económica: 8621 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	283,025,000
	Deudas	30	425,079,000
	Total patrimonio líquido	**31**	0
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	54,860,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	4,234,000
	Renta líquida	**34**	50,626,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	18,582,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	18,582,000
	Renta líquida cedular de trabajo	**37**	32,044,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	**40**	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	**42**	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	0
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	**46**	0
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	**49**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**50**	0
	Pérdida líquida del ejercicio	**51**	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	**53**	0
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	37,620,000
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	0
	Costos y gastos procedentes	57	0
	Renta líquida	**58**	37,620,000
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	9,117,000
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	**61**	3,762,000
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**62**	33,858,000
	Pérdida líquida del ejercicio	**63**	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	**66**	33,858,000

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**69**	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	**74**	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	**75**	65,902,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	**80**	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	0
	De capital y no laborales	82	1,674,000
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	**86**	1,674,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	**87**	0
	Total impuesto sobre la renta liquída	**88**	1,674,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	**92**	0
	Impuesto neto de renta	**93**	1,674,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	**96**	1,674,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	1,156,000
	Retenciones año gravable a declarar	99	1,865,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	**101**	0
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	**103**	0
	Total saldo a favor	**104**	1,347,000

105. No. Identificación signatario — 106. DV — 107. No. Identificación: 1034788457 — 108. Parentesco: HIJA

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ex... recaudadora

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

2018 4

Firmado
2018-08-23 / 06:32:44 PM
Fecha Acuse de Recibo

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

91000533110361

201815421706 36

RECIBIDO

Bogotá, Noviembre 23 de 2017

Señor:
RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO
CC. 7160482 CL 5C 56A 11 - 2392640
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 5 de 2001. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO	7160482	C	Oct-5-2001	613	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO SALUD GUAVIARE	7160482	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO TALENTUM EN LIQUID	7160482	Dependiente	CERRADO
E S E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	7160482	Dependiente	CERRADO
E S E RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	7160482	Dependiente	CERRADO
JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ	7160482	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ	7160482	Dependiente	CERRADO
JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ	7160482	Trabajador Independiente	CERRADO
JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ	7160482	Trabajador Independiente	CERRADO
JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ	7160482	Trabajador Independiente	CERRADO
PRECOOPERATIVA DE SERVICIOS DE CONSULTORIAS Y SUMI	7160482	Dependiente	CERRADO
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL GUAVIARE H	7160482	Dependiente	CERRADO
SENADO DE LA REPUBLICA	7160482	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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

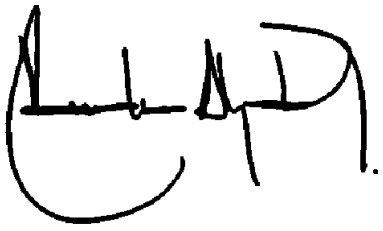
NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ**, identificado(a) con CC **7160482**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 01/12/2001

Se expide a solicitud del interesado el 23/11/2018.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

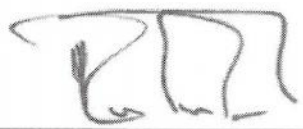
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

CC: 7160482			POSITIVA
Numero de Documento			ARL
JOSE	ALBEIRO	RIAÑO	RAMIREZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
22/02/1969	VILLA DE LEYVA	CALLE 5C No. 56A-09 APART 2	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
NUEVA EPS	PORVENIR		$5.940.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios

Prestar sus servicios profesionales, de manera personal y autonoma en su condición de medico, para la ejecución de actividades asistenciales y demás asignadas, en los diferentes servicios y en las unidades que se requiera, conforme a las necesidades de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
albeiromd5@gmail.com	3114522439
Correo Electrónico	Celular
	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119194689

WEB
18:19:29

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7160482:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 18:20:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	7160482
Código de Verificación	7160482181213182053

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2610922

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 18:25 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SIETE MILLONES CIENTO SESENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS**

7160482

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_9GTBH_2518
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:18:00 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **7160482**
Apellidos y Nombres: **RIAÑO RAMIREZ JOSE ALBEIRO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

Certificado Bancario

Viernes, 23 de Noviembre de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

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

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

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

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

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos Bancolombia

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RIAÑO	RAMIREZ	JOSE ALBEIRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 7160482

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 7160482 D.M 07

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES FEB AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Villa De Leyva

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 5c No. 56a - 09 Apartamento 2

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4960000

EMAIL albeiromd5@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1987
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	3	X		ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN	9	2006	
UN	12	X		MEDICO	9	2001	2863-2002

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3444 484	*FECHA DE INGRESO* DIA 25 MES 5 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL HOSPITALARIO,	*DEPENDENCIA* URGENCIAS		*DIRECCIÓN* Diagonal 34 No. 5 - 43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3826306	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 9 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 7 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO ASISTENTE III SENATORIAL	*DEPENDENCIA* UTL LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA		*DIRECCIÓN* CALLE 12 No. 7-32

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD POLICIA NACIONAL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	*MUNICIPIO* San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3173641285	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 5 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA 17 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR DE CUENTAS	*DEPENDENCIA* SANIDAD		*DIRECCIÓN* COMANDO DE POLICIA GUAVIARE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 5840045	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: ÁREA DE hOSPITALIZADOS		*DIRECCIÓN*: CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 5840045	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 9 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: ÁREA DE HOSPITALIZADOS		*DIRECCIÓN*: CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CAPRECOM EPS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 5840722	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO: MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	*DEPENDENCIA*: AUDITORIA		*DIRECCIÓN*: CALLE 10 No. 20-39 BARRIO LA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: EJERCITO NACIONAL - SANIDAD MILITAR 4006 NIT 830.039.670-5	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 6349890	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 1 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO: MEDICO AUDITOR	*DEPENDENCIA*: SANIDAD		*DIRECCIÓN*: KILOMETRO 1 VIA EL RETORNO

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CAPRECOM EPS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 5840722	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 10 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO: MEDICO AUDITOR CONCURRENTE	*DEPENDENCIA*: AUDITORIA		*DIRECCIÓN*: CALLE 10 No. 20 - 39 BARRIO LA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: OUTSOURCING SALUD LTDA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 5849620	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 6 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: MEDICO AUDITOR	*DEPENDENCIA*: ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN*: CARRERA 24 No. 6 - 42 BARRIO 20 DE

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA
Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: PRECOOPERATIVA DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA Y SUMINISTROS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: preformar@live.com
TELÉFONOS: 8701581	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 9 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO: MEDICO AUDITOR	*DEPENDENCIA*: SECRETARIA DE SALUD		*DIRECCIÓN*: CARRERA 18 No. 8-30 OFICINA 102

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HILFSWERK AUSTRIA INTERNATIONAL	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 3212052611	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 8 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL Y ASESOR	*DEPENDENCIA*: ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN*: CALLE 13 No. 24A - 47 BARRIO EL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 3182480241	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 11 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO*: DIA 4 MES 5 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: SECRETARIA DE SALUD		*DIRECCIÓN*: CALLE 7 No. 23-51

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ONIC	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2842168	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 1 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: MEDICO Y ASESOR EN SALUD	*DEPENDENCIA*: ADMINISTRATIVA	*DIRECCIÓN*: CALLE 13 No. 4-38	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: TALENTUM COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3414101	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 3 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO: COORDINADOR MEDICO P Y P	*DEPENDENCIA*: VIRREY SOLIS IPS	*DIRECCIÓN*: CARRERA 6 No. 26 85 PISO 5	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Guaviare	*MUNICIPIO*: San José Del Guaviare	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3182450241	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 3 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 6 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: COORDINADOR DE PROGRAMAS DE	*DEPENDENCIA*: SECRETARIA DE SALUD	*DIRECCIÓN*: CALLE 7 No. 23-51	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	16	10
PRIVADO	10	4
PARTICULAR	17	2
TOTAL	17	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

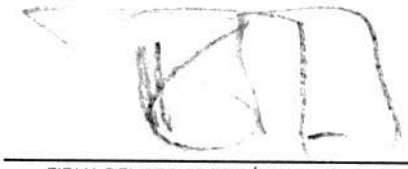
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ALBEIRO RIAÑO RAMIREZ

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

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Calle 5c No. 56a - 09 Apartamento 2 **Teléfonos** 3114522439 4960000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUNA CAROLINA RIAÑO ARANZAZU	1034788467	HIJO(A)
ANDRES MAURICIO RIAÑO PEREZ	1020800614	HIJO(A)
MARIA TERESA RAMIREZ OCHOA	23269228	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 100,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 54.860.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 54.860.100,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	20030992143	SAN JOSE DEL	$ 300.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	APARTAMENTO	$ 430.000.000,00
VEHICULO	CAMIONETA RENAULT	$ 35.000.000,00
FINCA	FINCA SAN BERNARDO - CUND	$ 60.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCO COLPATRIA	HIPOTECA APARTAMENTO	$ 330.000.000,00
BANCO AVVILLAS	PRESTAMO LIBRE INVERSION	$ 90.000.000,00
BANCOOMEVA	PRESTAMO LIBRE INVERSION	$ 30.000.000,00
FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 1.200.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

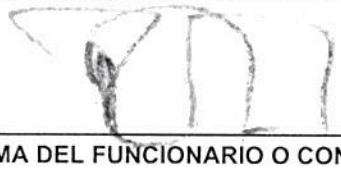
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
PAOLA ANDREA ARANZAZU VERA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1120571043

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
8621	CONTINUA
8699	CONTINUA
7020	CONTINUA

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA