

11/16/2017

Confirmación de registro de Proveedor



Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso

Menú

UTC 5 18:33:27



Revisar

Confirmación de registro de la entidad

18 de agosto 2017 11:11:11

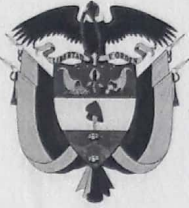
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ,

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ con el NIT 79825533 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RAMIREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MUÑOZ	NOMBRES JOSE WILSON
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79825533	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 79825533 D.M. 52		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES DIC AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA c/ll 48j 5d-90 int.5 apto.103 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5672045 EMAIL gasparinrm@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA												TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

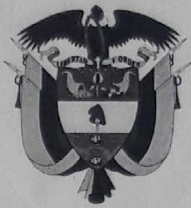
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	AUXILIAR ENFERMERIA POR COMPETENCIAS	7 2011	79825533

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTINTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-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.S	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	teescucho@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 12 MES 12 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ENFERMERIA	UCI ADULTOS CARDIOVASCULAR	CRA 1 15 59 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalusuario@mederi.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5600520	DÍA 9 MES 1 AÑO 2014		DÍA 5 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ENFERMERIA	UCI ADULTOS	CALLE 24 29 45	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 10 AÑO 2011		DÍA 4 MES 4 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ENFERMERIA	UCI ADULTOS	KRA.13 28 44	

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	0	0
PRIVADO	6	4



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: 14-dic-2018

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	4

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento 14 DIC / 2018

Wilson Ramirez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79825533 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cll 48j 5d-90 int.5 apto.103

Teléfonos 3125766472 5672045

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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	\$ 36.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 1.500.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 37.500.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	009395203	AV PRIMERA	\$ 2.000,00

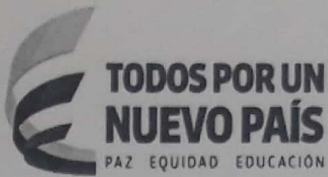
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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

**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.



Última Actualización: 14-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Wilson Ramirez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Centro Educativo Distrital Nocturno "Molinos del Sur"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.
según Resolución No. 3062 del 5 de Noviembre de 1993

Confiere a

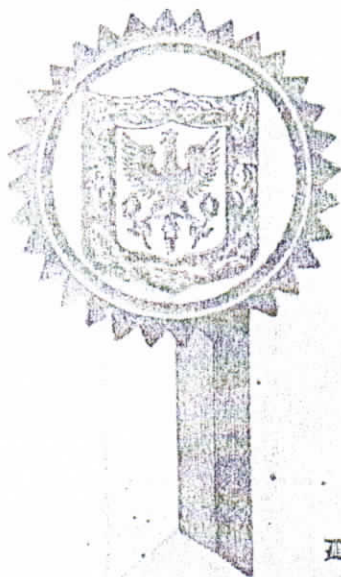
José Wilson Ramírez Muñoz

C.C. 79.825.533 de Bogotá D.E.

El Título de

Bachiller Académico

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



Kamay Bogotá

Rector

Secretario

Registro Interno

Acta No.

Folio No.

Este Diploma no requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con el Decreto No. 921 del 8 de Mayo de 1964

Dado en Santafé de Bogotá, D. C. a de de 1993



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

“FUSDESA”

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ

**C.C. 79.825.533 DE BOGOTÁ D.C.
EL CERTIFICADO DE**

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana Ramirez
LILIANA RAMIREZ GARCIA
DIRECTORA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 08 Días del Mes de Julio de 2011
Anotado en el Folio 10871 Del libro 05 del Registro de FUSDESA



Nancy Galindo
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA



Acta de Grado



INSCRIPCION S.E. 6307
INSCRIPCION DANE

Centro Educativo Distrital
MOLINOS DEL SUR

CALLE 49 SUR No. 5U-02 - TELEFONO: 760 92 87

JORNADA NOCTURNA

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D. C., a los SIETE (7) día(s) del mes de DICIEMBRE de 1996 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Centro Educativo Distrital MOLINOS DEL SUR . Institución aprobada hasta 1993 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C., para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADEMICA según Resolución No. 3062 del 5 de Noviembre de 1993

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE: RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.
C.C. ó T. I. No. 9'825.533 de Santa fe de Bogotá, D.C.,

Es fiel copia tomada del acta original general No. de fecha DICIEMBRE 7 DE 1996 que consta de alumnos graduandos, comienza con el nombre de ACOSTA MORENO ANA BELSY y se cierra con el nombre de ZAMBRANO CORPES RUTH PATRICIA

Firmada y Sellada por: LISANDRO PARRADO BOLIVAR Rector y BELLANETH RODRIGUEZ MOGOLLON Secretaria.

Dada en Santafé de Bogotá, D. C., a los 7 días del mes de DICIEMBRE de 1996

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 70. del Decreto 180 de 1981

RECTOR
C. C. No. 19.090.867 de Bogotá

SECRETARIA
C. C. No. 25.558.720 de Usaquén



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud. Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,
y Licencia. Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010. Emitido por la Comisión Intersectorial
Para el Talento Humano En Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 025

ACTA INDIVIDUAL N° 10871

En Bogotá D.C. a los 08 días del Mes de Julio del año 2011,
JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 79.825.533 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 10871 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lily Yareth Cicua Ramirez
LILY YARETH CICUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADEMICA



San Yalindo Gomez
SAN YALINDO GOMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010,
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Jose Wilson Ramirez Muñoz

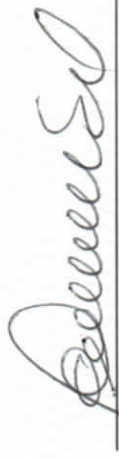
Que:



Asistió al curso de

SUTURA I

Con una intensidad de 20 horas


Roberto Galindo González
Presidente


Dra. Mía Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica


Docente

Dado en Bogotá D.C., a los 07 días del mes de Noviembre de 2010



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999

emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010,
Emitted by the Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: Jose Wilson Ramirez Muñoz



Asistió al curso de
SUTURA II
Con una intensidad de 20 horas


Roberto Galindo González
Presidente


Dra. Mela Janeth Cifra Ramírez
Directora Académica


Docente

Dado en Bogotá D.C. a los 07 días del mes de Noviembre de 2010



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS
DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

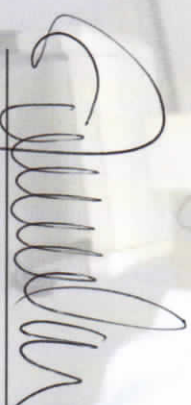
Que: Jose Wilson Ramírez Muñoz

Asistió y participo del Seminario

AVANCES EN CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad de 80 horas




Nancy Salindo Gomez
Coordinadora del Congreso


Ponente

Dado en Bogotá D.C. a los, 04 días del mes de Junio de 2011



La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

FUSDESA

Educación para el trabajo y desarrollo humano Acuerdo ejecutivo No. 31 del 12 de febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Jose Wilson Ramírez Muñoz

Que:

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Rancy Salindo Gomez
Coordinadora



Bogotá, D.C. 05 de Junio de 2011

[Signature]
Monente



Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



CERTIFICAN QUE:

José Wilson Ramirez Muñoz

Identificada(o) con C.C. N° 79.825.533

REALIZO EL CURSO DE ACTUALIZACION:

**“RETOS DE ENFERMERIA FRENTE AL MANEJO DE HERIDAS Y OSTOMIAS:
TERAPIA ENTEROSTOMAL”**

Realizado en Bogotá D.C, del 01 de Noviembre al 04 de Diciembre de 2012

INTENSIDAD: 40 HORAS

Olga Jeanet Cespedes
DIRECTORA

ENF. OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO
Directora EAESR

CR

DR. CARLOS H. ROJAS
Director Medico Latinoamérica

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA

FUNDACIÓN OLGA FORERO DE OLAYÁ

RESOLUCIÓN 241 SE DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ

CC. 79.825.533

Asistió a la jornada de actualización de enfermería en

MANEJO DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR EN CUIDADO CRÍTICO

Con una intensidad de 8 horas

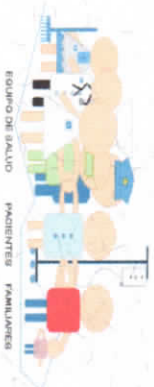
Soacha 11 de Marzo del año 2013

Dr. Leonidas Olaya Forero
Director Científico

Dr. José Mongui Pinilla
Coordinador Educación Médica

Jefe Lida Romero Mesa
Coordinadora Enfermería

CADENA DE CUIDADO



El Hospital Santa Clara

certifica que

JOSE WILSON RAMIREZ

ha participado en la
Jornada de Actualización

“Manejo Seguro de medicamentos en UCI”

Celebrado en Bogotá, el día 5 de Septiembre 2013, con una intensidad horaria de 5 horas

OLGA YUMARK RAMIREZ
Subdirección Científica

LILIANA CARDONA
Coordinación de área Enfermería

Baxter

Certifica que :

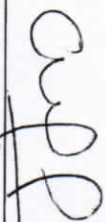
WILSON RAMIREZ

C.C. 79.825.533

Aprobó satisfactoriamente el curso de certificación en manejo de:

Terapias de Soporte Renal Continuo con Tecnología
Aquarius Platinum

Intensidad: 8 Horas
Bogotá, octubre de 2013



Angélica Villegas
Especialista de soporte renal
continuo y plasmáferesis
Baxter- División Renal



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 79.825.533 de Bogotá, realizó y aprobó el programa de PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN ATENCION DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, con las siguientes evaluaciones e intensidad horaria:

	EVAL	I.H.
Itinerario		
ATENDER INTEGRALMENTE A LA PERSONA EN ESTADO CRITICO DE SALUD SEGÚN SITUACION INDIVIDUAL Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.	4.5 A	440

Se expide en Bogotá, a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

Autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 1050CC79825533N.

Otorga el presente

DIPLOMA A

Jose Wilson Ramirez Muñoz

Por haber completado a satisfacción el curso

Educación en Dolor - Enfermería

Módulo 1 - Comunicación Enfermera - Paciente Módulo 2 - Principios Farmacológicos

Módulo 3 - Uso práctico de Analgésicos

Con un total de 20 horas académicas

Fecha 02 Septiembre 2015

ADMINISTRADO POR:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Iliana Argueta', is written over a horizontal line.

Iliana Argueta
Gerente Médico Sr. Regional
Grünenthal LatAm



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Certifica que:

Jose Wilson Ramirez Muñoz

Cédula de Ciudadanía No 79825533

Asistió al evento de Extensión:

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA: CUIDADO AL PACIENTE
CRÍTICO

Realizado el 25 de noviembre de 2016

Intensidad: 8 horas.

Dado en Bogotá, 02 de diciembre de 2016

SECRETARIO DE FACULTAD

(Original firmado por)

B197060

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

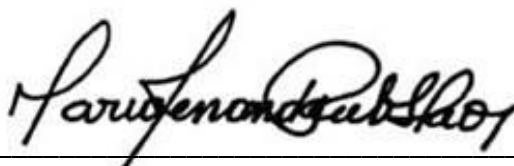
CERTIFICA QUE:

JOSÉ WILSON RAMÍREZ MUÑOZ

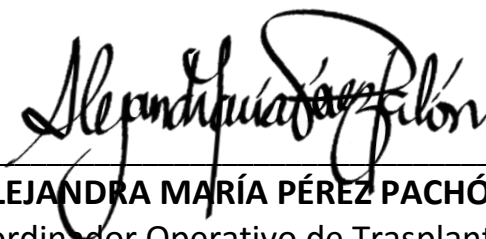
C. C. 79.825.533

Participó en la **“Jornada de Actualización en Donación de Órganos y Tejidos”**
llevada a cabo el día 5 de diciembre de 2016.

Se expide la presente certificación en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de diciembre
de 2016.



MARIA FERNANDA RUBIO LLANO
Directora Oficina de Gestión Humana



ALEJANDRA MARÍA PÉREZ PACHÓN
Coordinador Operativo de Trasplantes



Certificado

OTORGADO A

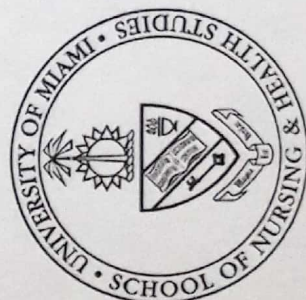
jose wilson ramirez muñoz

por haber finalizado satisfactoriamente el curso virtual

Enfermería y la Seguridad del Paciente

noviembre 17, 2017

Johis Ortega, PhD, ARNP, ACPNP-BC, ENP-BC, FNP-BC, FAAN
Decano Asociado para Programas de Maestría e Iniciativas Globales
Director, Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Escuela de Enfermería y Estudios de la Salud de la Universidad de Miami



Bogotá D.C.

Señores:

Fundación de Sacorrístas Desarrollo y Acción FUSDESA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, José Wilson Ramírez Muñoz 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:

Técnico Laborar Por Competencias Auxiliar En Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Wilson Ramirez

No. de documento:

79825533

Tarjeta profesional No:

79825533

Dirección de contacto:

Cra. 56 #48J-13 sur

Teléfono:

3125766472



Bogotá, 15 de Mayo de 2013

Señores
INPEC
Ciudad

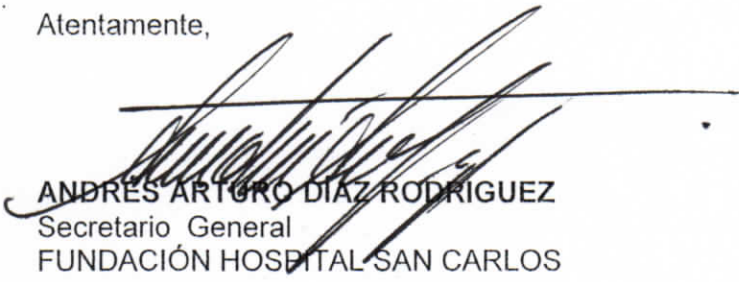
REFERENCIA: CERTIFICACIÓN DE CONTRATO POR OBRA O LABOR

El suscrito Secretario General de la Fundación Hospital San Carlos se permite certificar que el señor **JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.825.533, prestó sus servicios a ésta Fundación como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, a través de la Empresa Temporal de Servicios **HUMAN TEAM** dentro del período que transcurrió entre el 07 DE MARZO DE 2012 hasta el 15 DE AGOSTO DE 2012.

Devengando un salario de QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS (\$566.700.00) y un auxilio no constitutivo de salario por valor de CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS (\$184.700.00), para un total de ingresos mensuales de SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS (\$751.400.00).

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Mayo del año dos mil Trece (2013).

Atentamente,


ANDRÉS ARTURO DÍAZ RODRIGUEZ
Secretario General
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS

Revisó: Luis Javier Coba Bernal – Jefe de Talento Humano 

Carrera 13 No. 32-44 Sur
Nit. 860.007.373-4
Commutador. 3730000 Fax 3730005
Asesoría Jurídica

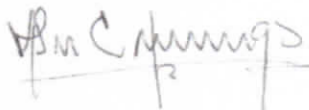
CERTIFICACION

TRABAJADOR RETIRADO

La suscrita Jefe de Recursos Humanos de BOSQUE VERDE S.A.S., certifica que JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 79825533, estuvo vinculado(a) a la Entidad mediante contrato de trabajo, desde el 10-oct-2011 hasta el 6-mar-2012, ejerciendo el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en la ciudad de Bogotá D. C., hoy 08 de mayo de 2012, a solicitud del interesado, con destino a quien pueda interesar.

Cordialmente,



SARA ELVIRA CAMARGO MARQUEZ

Jefe de Recursos Humanos



Adecco

CERTIFICACION

ADECCO COLOMBIA S.A., se permite **CERTIFICAR** que el señor **JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.825.533** de **BOGOTA**, labora con nosotros como **TRABAJADOR EN MISION** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS.**, en la ciudad de Bogotá, desde el 16/08/2012, hasta 01/04/2013.

Que el cargo desempeñado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **QUIEN INTERESE**, con fecha de 05 de Abril de 2013.

Atentamente,



Everth Augusto García
Responsable de Gestión
BL Medical & Science
Adecco Colombia S.A
Nit. 860.050.906-1
Tel: 7443333 Ext: 219
Bogotá, Colombia

LA CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
NIT 900210981

CERTIFICA QUE:

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ con Cédula de Ciudadanía Nro 79.825.533 de BOGOTA D.C.-TUNJUELITO, está vinculado a la **CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD** desde el **9 de enero de 2014**, con un contrato a término Fijo, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación mensual de Novecientos noventa y cuatro mil pesos mcte (\$994.000,00) .

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 29 días del mes de noviembre de 2018.



Esta certificación es generada automáticamente, por tal razón MEDERI no se hace responsable de modificaciones no autorizadas de la información que aquí se presenta; para validar este documento favor llamar a la oficina de talento humano al teléfono: 5600520 extensiones 4132 - 4121.

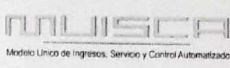


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.825.533
NUMERO
RAMIREZ MUÑOZ
APELLIDOS
JOSE WILSON
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ BENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500113-45136591-M-0079825533-20051003
0038605276N 02 180107653



 Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado	001																																																				
2. Concepto <input type="text" value="0"/> <input checked="" type="text" value="2"/> Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14438082337																																																					
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001443808233 7</small>																																																					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 9 8 2 5 5 3 3 - 2		6. DV 2																																																					
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/>																																																					
IDENTIFICACION																																																							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida <input checked="" type="text" value="2"/>		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>																																																					
26. Número de identificación: 7 9 8 2 5 5 3 3		27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 4 2 2																																																					
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.																																																					
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		31. Ciudad/Municipio: 0 0 1																																																					
32. Segundo apellido MUÑOZ		33. Primer nombre JOSE																																																					
34. Otros nombres WILSON		35. Razón social:																																																					
36. Nombre comercial:		37. Sigla:																																																					
UBICACIÓN																																																							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.																																																					
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Ciudad/Municipio: 0 0 1																																																					
42. Dirección principal CR 3 48 I SUR 65 IN 301 BRR CERROS DE ORIENTE																																																							
43. Correo electrónico: gasparinrm@hotmail.com		44. Código postal 0																																																					
45. Teléfono 1: 3 1 2 5 7 6 6 4 7 2		46. Teléfono 2:																																																					
CLASIFICACION																																																							
Actividad económica		Ocupación																																																					
47. Actividad principal 48. Código: 8 6 9 2 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 1 1 2 6		50. Actividad secundaria 51. Código: 8 2 9 9 52. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 1 1 2 6																																																					
53. Otras actividades 54. Código: 1 2		55. Código: 1 2																																																					
56. Responsabilidades, Calidades y Atributos <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				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																								
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																																																						
12- Ventas régimen simplificado																																																							
Obligados aduaneros		Exportadores																																																					
57. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											58. Forma <input type="text" value="55"/> Tipo <input type="text" value="56"/> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Servicio</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>59. Modo</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>60. CPC</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		Servicio	1	2	3	59. Modo				60. CPC			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																														
Servicio	1	2	3																																																				
59. Modo																																																							
60. 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																																																							
61. Anexos: SI ☐ NO ☒		62. No. de Folios: 0																																																					
63. Fecha: 2 0 1 7 1 1 1 4		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:																																																					
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:		984. Nombre RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON 985. Cargo CONTRIBUYENTE																																																					



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA

Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Página 1/1

Fecha: 29/11/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 79825533

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 3 48I 65 SUR IN 301 Teléfonos: 3125766472

Dirección electrónica: gasparinrm@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 19/08/2016 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

79825533

RAMIREZ MUÑOZ
JOSE WILSON

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA 2008	2A. LINEA 2014	3A. LINEA 2020
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.

PROFESION BACHILLER

28 DIC-2001
FECHA EXPIRACION





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

JOSE WILSON
RAMIREZ MUNOZ
C.C. 79825533



AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedición 26/08/2011

IDenBog S.A

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA.
ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 7962 de 10/08/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON Identificado(a) con CC número 79825533 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA" el día 08/07/2011.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON identificado(a) con CC número 79825533 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/08/2011

HERMAN REDONDO GÓMEZ

Director de Desarrollo de Servicios

Revisor: Yudy Rodríguez
Ejemplar: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 26-08-2011
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) <u>Jose Wilson Ramirez</u>
CC. # <u>79825533</u>
Firma <u>[Firma]</u>

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

79825533

Primer Nombre *

jose

Primer Apellido *

ramirez

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-11-27--10:19:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	79825533	JOSE	WILSON	RAMIREZ	MUNOZ	Ver

Información Detallada [CC: 79825533] JOSE WILSON RAMIREZ MUNOZ**2018-11-27--10:19:44 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX		Local		Auxiliar de enfermería	2011/8/10	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	20 FEB 2010	2061106	TANIA SALUD
HEPAVAX GENE	20 MAR 2010	2061106	TANIA SALUD
	20 ABR 2010	2061106	TANIA SALUD
	20 ABR 2011	2061106	TANIA SALUD

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
EPAXAL	1			
OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	1			
Toxoide Tetánico	2			
Diftérico	3			
Td	4			
	5	22 SEP. 2012		Kyr
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
		22 SEP. 2012	1203501	Kyr
Contra Influenza		06-10-17	P3B376	Kyr
		26 JUN. 2018	V50218006	Kyr
Otras		22 SEP. 2012	Neumo23	Kyr
H.A.		05 JUL. 2017	N18082V	Kyr
H.B.+H.A.		22 FEB 2018	ATTABR3E	Kyr

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	1			
Toxoide Tetánico	2			
Diftérico	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		17 DIC 2016	V50216012	Kyr
Virus de Papiloma Humano				
		17 DIC 2016	5101473	Kyr
		05 JUL. 2017	5101473	Kyr

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1	17 DIC 2016	TRIPLE VIRAL 013N4102 V. 31-03-17	Kyr
	2			
	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
	1	08 FEB 2011	02419006A	Kyr
Toxoide Tetánico	2	02 MAR 2011	02419006A	Kyr
Diftérico	3	21 SEP. 2011		Kyr
Td	4	21 Sep 2012		Kyr
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	27 SEP. 2011	G5138	mar 2013	Kyr
	cada 20 años			Kyr
Contra Influenza				
Otras				



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



8228217

Orden No: 8228217
Paciente: RAMIREZ JOSE WILSON
Documento Id: CC 79825533
E.P.S: HOS-USAQUEN
Sede: USAQUEN
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

Fecha de ingreso: 22-Aug-2018 6:52 am
Fecha de impresion: 28/09/2018
Edad: 41 Años 8 meses 21 días Sexo M
Telefono: 3125766471
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



**LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN**
ANDRÉS NAVARREZ

Página 1 de 1



90302841

Nombre: RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON
Identificación: CC 79825533 Tel.
Edad: 41 Años 0 Meses 0 Días Sexo M
Medico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 8228217

Fecha de recepcion: 03-sep-2018 1:24 pm
Fecha de impresion: 13-sep-2018 3:28 pm
Empresa: ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede: REFERENCIA
Fecha Validacion: 03-sep-2018 5:02:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

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

MAYOR DE 1000 mUI/ml

V. de Referencia:

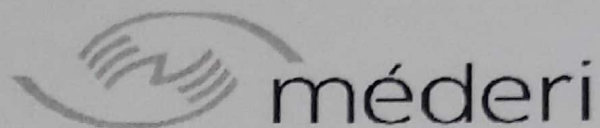
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Andrés Navarrez
LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

[Signature]
LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

Evolucionamos como la vida

NIT. 809.065.001-1
Sede Principal: Calle 45 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2115 - 2116 • FAX: 744 7555 Ext. 2325 - 2326
Sede Norte: Calle 105 No. 12-01 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 83-28 • Correo: 204 • Tel: 282 2119 • 282 2117 • Fax: 282 2619
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 296 1758 • Fax: 257 2012



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ	Identificador Unico:	935224
Identificación:	CC 79825533	Sexo:	Femenino
Fecha de Nac.:	1976/01/12	Edad:	42 Años
Empresa	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR	Fecha de la Cita:	2018/09/10

TIPO DE VALORACION:	Periodico
IDENTIFICACION DE LA EMPRESA:	HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR Y/O BARRIOS UNIDOS
ACTIVIDAD ECONOMICA:	SECTOR SALUD

INFORMACION OCUPACIONAL

DESCRIPCION DEL CARGO

ADMINISTRATIVO

ASISTENCIAL

AUXILIAR ENFERMERIA

OTROS

Antigüedad en Meses: 5 AÑOS

Sección: UCI

Turno: Nocturno

Las Actividades las Realiza: (Marque con una X)

LAS ACTIVIDADES LAS REALIZA: (MARQUE CON

SENTADO ☒

DE PIE ☒

INCLINADO

ARRODILLADO

CAMINANDO ☒

OTRA, CUAL?

Acciones que Realiza: (Marque con una X)

ACCIONES QUE REALIZA: (MARQUE CON UNA X)

ALCANZAR ☒

HALAR ☒

EMPUJAR ☒



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ	Identificador Unico:	935224
Identificación:	CC 79825533	Sexo:	Femenino
Fecha de Nac.:	1976/01/12	Edad:	42 Años
Empresa	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR	Fecha de la Cita:	2018/09/10

ACCIONES QUE REALIZA: (MARQUE CON UNA X)

LEVANTAR	X
ARRASTRAR	X
OTRA, CUAL?	Canalizar, tomar muestras

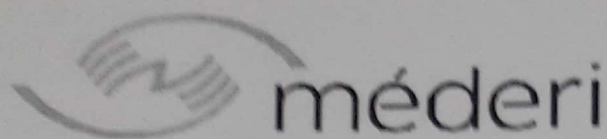
Carnet de Radioproteccion: No

Exposicion a Factores de Riesgo

	RIESGO 1	RIESGO 2	RIESGO 3
FISICO	X		
QUIMICO	X		
BIOLOGICO	X		
ERGONOMICO	X		
MECANICO			
PSICOSOCIAL	X		
ELECTRICO			
CARGO			
TIEMPO			
EPP			

Uso de Elementos de Proteccion Personal

	MARQUE CON UNA X	OBSERVACION
EN EL CARGO O EMPRESA		
ACTUAL (EXAMEN PERIODICO)		
CASCO		
GAFAS	X	
TAPABOCAS	X	
RESPIRADOR		
GUANTES	X	
BOTAS		



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ	Identificador Unico:	935224
Identificación:	CC 79825533	Sexo:	Femenino
Fecha de Nac:	1978/01/12	Edad:	42 Años
Empresa:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR	Fecha de la Cita:	2018/09/10

MARQUE CON UNA X OBSERVACION

OTRO

LE SON DE UTILIDAD

LOS CONSIDERA ADECUADOS

CUALES DEBERIA RECIBIR

Accidentes de Trabajo

EVENTO 1 EVENTO 2 EVENTO 3

FECHA No

EMPRESA

CAUSA

TIPO DE LESION

PARTE AFECTADA

DIAS DE INCAPACIDAD

SECUELAS

Enfermedad Profesional

EVENTO 1 EVENTO 2 EVENTO 3

FECHA No

EMPRESA

DIAGNOSTICO

INDEMNIZACION

REUBICACION

ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares:

Cancer gastrico abuelo

Antecedentes Personales:

Niega

Antecedentes Quirurgicos:

Labio y paladar hendido, timpanoplastia

Antecedentes Traumaticos:

Niega



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre	JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ	Identificador Unico:	935224
Identificación:	CC 79825533	Sexo:	Femenino
Fecha de Nac.:	1976/01/12	Edad:	42 Años
Empresa	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR	Fecha de la Cita:	2018/09/10

Antecedentes Ginecologicos

Citología: No

Inmunizacion

	1° DOSIS	2° DOSIS	3° DOSIS	4° DOSIS
HEPATITIS B	NO TRAE CARNET			
TETANO				
FIEBRE AMARILLA				
INFLUENZA				
TRIPLE VIRAL				
OTRAS				

Hábitos De Vida

Actividad Fisica:	No	Niega
Fuma:	Si	Ocasional desde hace 20 años
Bebe Licor:	No	Niega

REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

Sistema Nervioso:	Niega
Insomnio:	Niega
Dificultad para concentrarse:	Niega
Tension Muscular, Cansancio, Miedo:	Niega
ORL:	Niega
Respiratorio (Disnea/Hiperventilacion ETC):	Niega
Cardio-Vascular:	Niega
Digestivo:	Niega



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOS	Identificador Único:	935224
Identificación:	CC 79825533	Sexo:	Femenino
Fecha de Nac.:	1976/01/12	Edad:	42 Años
Empresa:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR	Fecha de la Cita:	2018/09/10

Piel y faneras:	Niega
Genito Urinario:	Niega

VALORACION

Signos Vitales

	VALOR
TENSION ARTERIAL	120/80
FRECUENCIA CARDIACA	70
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18
PESO	82
TALLA	1.7
IMC	28.4

Examen Fisico

Cabeza y Cuello:	Normocefalo, cuello sin masas, movimientos normales, no dolorosos. Labio peporino.
Torax:	Simetrico, cardiorespiratorio normal
Abdomen:	Blando, no doloroso, sin masas
Miembros Superiores:	Simetricos, arcos de movilidad normales, no dolorosos.
Miembros Inferiores:	Simetricos, arcos de movilidad normales, no dolorosos. COLUMNA: Sin desviaciones, curvaturas normales, arcos de movimiento normales no



méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre: JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ Identificador Unico: 935224
Identificación: CC 79825533 Sexo: Femenino
Fecha de Nac.: 1976/01/12 Edad: 42 Años
Empresa: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR DE LA CITA: 2018/09/10

VALOR

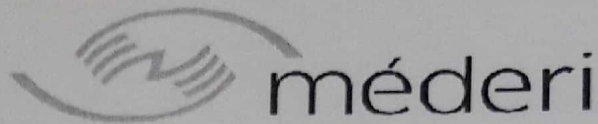
TSH
T3
T4
HEMOGRAMA
FSP
RETICULOCITOS
VSG
COPROLOGICO
KOH UÑAS
FROTIS FARINGEO

Evaluacion del Estado Mental

	NORMAL	DISFUNCION	HALLAZGO
ORIENTACION	X		
ATENCION CONCENTRACION	X		
SENSOPERCEPCION	X		
MEMORIA	X		
PENSAMIENTO	X		
LENGUAJE	X		
CONCEPTO			
Concepto:		NORMAL	
DIAGNOSTICO:		ALIMENTO ANORMAL DE PESO	
DIAGNOSTICO:		LABIO LEPORINO, LINEA MEDIA	

Examen Visual

	CERCA	LEJOS	CON CORRECCION
OD		20/20	
OI		20/20	
AO		20/20	



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOS	Identificador Unico:	935224
Identificación:	CC 79825533	Sexo:	Femenino
Fecha de Nac.:	1976/01/12	Edad:	42 Años
Empresa	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR	Fecha de la Cita:	2018/09/10

Piel y faneras: Niega

Genito Urinario: Niega

VALORACION

Signos Vitales

	VALOR
TENSION ARTERIAL	120/80
FRECUENCIA CARDIACA	70
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18
PESO	82
TALLA	1.7
IMC	28.4

Examen Fisico

Cabeza y Cuello:	Normocefalo, cuello sin masas, movimientos normales, no dolorosos. Labio peporino.
Torax:	Simetrico, cardiorespiratorio normal
Abdomen:	Blando, no doloroso, sin masas
Miembros Superiores:	Simetricos, arcos de movilidad normales, no dolorosos.
Miembros Inferiores:	Simetricos, arcos de movilidad normales, no dolorosos. COLUMNA: Sin desviaciones, curvaturas normales, arcos de movimiento normales no

LABORATORIOS

	VALOR
BUN	No
CREATININA	

Firmado Electrónicamente

Página 5 de 7

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOSE WILSON RAMIREZ M

C.C.: 79825533

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

CERTIFICA

QUE:

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ

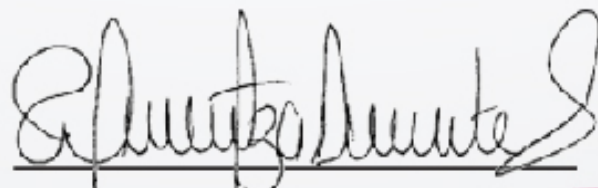
C.C. 79825533

octubre 6, 2017

CUMPLIO EL CICLO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS



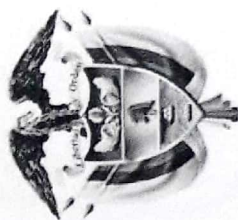
JUAN MAURICIO PARDO IVIEDO
DIRECTO CIENTÍFICO



MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
JEFE TALENTO HUMANO



JAVIER ARDILA MONTEALEGRE
JEFE DEPARTAMENTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ

Con Cedula de Ciudadania No. 79825533

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

54959622 - 29/08/2018

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001746257CC79825533C.

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 PÚBLICO ☐ SI ☒ NO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA Sub Red Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA ☐ EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELELOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL: X		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ AUD ☐		# NIT 900959051-7	
DIRECCION DE LA EMPRESA K/9.146#1-45m		TELÉFONO 3282828		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá	
CARGO ACTUAL Auxilia En Enfermería		DEPARTAMENTO Cundinamarca		PAIS Colombia	
FECHA VINCULACION 08/08/2012					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS	2'800.000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRIENDOS	700.000	INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	850.000	OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2.800.000	TOTAL EGRESOS	1'550.000	TOTAL ACTIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Albarracín	Archila	Judy	Caring		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR		
Cl. 73b#9442	Bogotá	Amigos	3115389099		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Banco Bogotá	Cuentas Ahorros	009395203	Calle 100	3077000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
☐ IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.) Auxiliar En Enfermería					
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 destinarán a actividades lícitas. 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 vincula (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 mí 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.					

 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:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Ramirez	Muñoz		José	Wilson	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUIP	☐	79825533	Bagota	1996/04/22	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
01-12-76	Bagota		Colombia	Colombiana	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			1	0	3125766472
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒					
CUAL:					PROFESION OFICIO
					Auxiliar Enfermería
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Kia. 5B+48J-1350	Bagota	C/marca	Colombia		
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
gasparrinm@gmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐
NUIP	☐				
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:	
			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	HOJAR	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	COMERCIANTE	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐	PENSIONADO	☐
			EMPLEADO PUBLICO	☐	
			OTRA	☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
			NO ☒	ICA	SI ☐ NO ☒
				CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA	
				18692	
				PRINCIPAL	☒
				SECUNDARIA:	☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

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 certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente sonotados. (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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF. f) La gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las regulaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF. f) La gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las regulaciones 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.

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

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

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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 incluyen 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 lo previsto en el literal c) 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, teléfono 344 44 84, e-mail sof@subredcentroorientee.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)

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

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

EC. FIRMA Y HUELLA

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

Wilson Ramirez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella única. 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:	



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ identificado(a) con CC 79825533 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 26/06/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 27 días del mes de noviembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

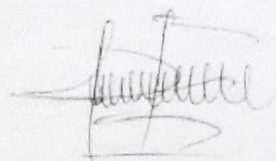
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79825533**, se encuentra afiliado (a) desde **20/03/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	3	PORVENIR S.A.	01/12/2009	No Aplica
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/02/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de noviembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ, con Cédula de Ciudadanía No. 79.825.533, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 22/08/2018 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Diciembre de 2018.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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

79825533

Numero de Documento

Positivo

ARL

José

Primer Nombre

Wilson

Segundo Nombre

Ramírez

Primer Apellido

Muñoz

Segundo Apellido

01-12-1976

E. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Kra. 56 # 48j - 13da

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

gasparinrm@gmail.com

Correo Electrónico

3125766472

Celular

Wilson Ramirez

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.471.204 Bto
Enfermera U.U.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52 431. 207

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118472257



WEB
21:52:43
Hoja 1 de 01

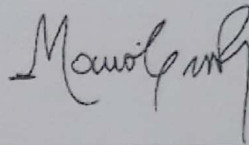
Bogotá DC, 27 de noviembre del 2018

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 WILSON RAMIREZ MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79825533:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

ATENCIÓN:

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

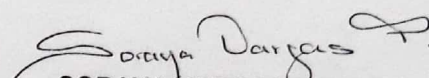
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de noviembre de 2018, a las 21:47:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79825533
Código de Verificación	79825533181127214723

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2018 - 22:01 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JOSE WILSON RAMIREZ MUÑOZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES** de BOGOTÁ, D.C.

79825533

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_D17_0122**

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 21:46:16 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 79825533

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON**

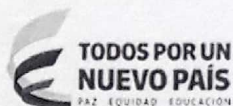
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.

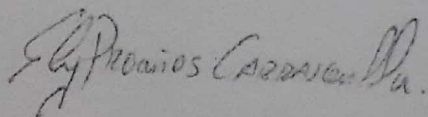


Gobierno en Línea

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que RAMIREZ MUÑOZ JOSE WILSON, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 79.825.533 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 009395203, abierta/o desde el 04/05/2012.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Noviembre del año 2018 con destino a: SUB
RED CENTRORIENTE



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO