ANEXO No. 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
RADICADO DE DOCUMENTOS
Fecha 30/01/26 Hora 3:00 pm
Oferente Cesar Augusto Caicedo
NIT: 17.421.845
Dependencia O. Gestión Contractual
Funcionario Marlyn Murillo

Granada- Meta, 30 enero 2026

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 0045 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Respetados Señores

El suscrito Cesar Augusto Caicedo Ramírez actuando en mi propio nombre persona natural de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para **LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E** y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. 0045 y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).

- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.

Que responderé por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.

Que acepto las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.

Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico: cacaceidor@hotmail.com

- Que le presente Propuesta consta de ( ) folios debidamente numerados.
- Que la propuesta tiene una validez de SEIS (06) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación directa.
- Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de ( )$300.000.000 ( ) M/CTE.

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

Atentamente,

Nombre: Cesar Augusto Caicedo Ramírez
C.C: 17421645
Dirección: Calle 17# 15-72 BARRIO SAN CRISTOBAL
Correo Electrónico: cacaicedor@hotmail.com
Ciudad: Acacias - Meta
Firma:

(*) NOTA: **Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva**. Si es persona jurídica, **por quien conforme a la ley esté facultado**; Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

ANEXOS No. 2 OFERTA ECONOMICA

Granada – Meta, 30 enero 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4.
Granada-Meta

REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA SIN CONSIDERACIÓN DE LA CUANTÍA No0103 DE 2026 PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS.

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa Nro.0103 de 2026 que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION Y/O UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR
1	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E	UNIDAD	6 Meses	$300.000.000

Manifiesto mi voluntad de forma libre, expresa y espontánea, para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del contrato que se suscriba con el Hospital Departamental de Granada E.S.E., serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito (a), en virtud de lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto 514 de 2025, articulo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, al Hospital Departamental de Granada E.S.E., de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Nombre: Cesar Augusto Caicedo Ramírez
Cargo: Medico Cardiólogo
Documento de Identidad: 17421645
Ciudad: Acacias - Meta
Dirección: CALLE 17# 15 – 72 BARRIO SAN CRISTOBAL
Teléfono: 3107511436
Correo: cacaicedor@hotmail.com

ANEXO No. 3 COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Granada – Meta. 30 enero 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4
Granada-Meta

Proceso de Contratación N° 0103

Yo Cesar Augusto Caicedo Ramírez, identificada con cedula de ciudadanía N° 17421645, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública

2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".**

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".**

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITA DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firma este documento a los 30 días del mes de enero de 2026.

Nombre: Cesar Augusto Caicedo Ramírez
Cargo: Medico Cardiólogo
Documento de Identidad:17421645
Ciudad: Acacias - Meta
Dirección: Calle 17# 15-72 BARRIO SAN CRISTOBAL
Teléfono: 3107511436
Correo: cacaicedor@hotmail.com

ANEXO No. 4 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Granada – Meta, 30 enero 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta

REF. INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro.0103 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Asunto: Declaración Juramentada de inhabilidades e incompatibilidades

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con la Entidades Estatales de conformidad con las Leyes 80 de 1993, 1952 de 2019, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia

Yo, **Cesar Augusto Caicedo Ramirez** identificada con cédula de ciudadanía No **17421645** expedida en **Acacias** declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso dentro de las causales de **INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD** Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas contenidas en la Ley 1952 de 2019 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 del Estatuto Contractual del orden o constitución legal contemplados en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1.993, ley 45 de 1.990 art, 127 de la constitución política de Colombia y demás normas concordantes así como aquellas que aclaren, modifiquen o deroguen, para suscribir contratos con entidades gubernamentales descentralizadas, ni para participar en el presente proceso, y que consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales, boletín de responsables fiscales y el Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, no se registra ningún antecedente respecto de la (s) persona (s) aquí señalada (s).

Dado en el Municipio de Granada a los 30 del mes enero de 2026.

Nombre: Cesar Augusto Caicedo Ramírez
Cargo: Medico Cardiólogo
Documento de Identidad: 17421645
Ciudad: Acacias Meta
Dirección: Calle17# 15-72 BARRIO SAN CRISTOBAI
Teléfono: 3107511436
Correo: cacaicedor@hotmail.com

ANEXO No. 5 FORMULARIO DE EXPERIENCIA

Granada – Meta, 30 enero 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 0103 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de Modalidad de Selección por Invitación directa Nro. 0103 de 2026 que tiene por objeto, presentamos el formulario de experiencia para la **INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 0103 DE 2026, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Asunto: **Experiencia**

El proponente debe diligenciar este formulario, consignando en él la experiencia que pretenda hacer valer en el presente proceso.

No DEL CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALOR Y PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	FECHA DE TERMINACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)
NIT: 901467099-1	PRESENTAR EL SERVICIO COMO MEDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA.	MERAKIDS MEDICAL S.A.S	720.000.000	01 DE ENERO DE 2023	01 DE DICIEMBRE DE 2025

Cordialmente,

Nombre: Cesar Augusto Caicedo Ramírez.
Cargo: Medico Cardiólogo.
Documento de Identidad: 17421645.
Ciudad: Acacias Meta.
Dirección: Calle 17# 15-72 BARRIO SAN CRISTOBAL.
Teléfono: 3107511436
Correo: cacaicedor@hotmail.com.

MERAKIDS MEDICAL CENTER

NIT. 901 467 099_1

Villavicencio, 23 de abril de 2025

MERAKIDS MEDICAL CENTER S.A.S.

NIT 901467099-1

CERTIFICA:

Que el Doctor **CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ**, identificado con cédula de ciudadanía N° 17.421.645 de Acacias, presta sus servicios como **MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**, bajo la modalidad de prestación de servicios Profesionales independiente.

Los periodos de contrato:

01 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

01 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

A la fecha los honorarios promedios de los último tres meses son de VEINTI DOS MILLONES DE PESOS MONEDA C/TE ($20.000.000).

Se expide esta certificación a solicitud del interesado, el día 23 de abril de 2025.

Cordialmente,

ANDREA SHIRLEY ROJAS B
Recurso Humano (E)
C.C. 52.094.224 de Bogotá

Calle 33 # 39 21 Barzal
310 581 9546
talentohumano@merakids.com.co

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Calcedo	Ramirez	Cesar Augusto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 17421645	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 17421645 D.M. 54

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 01 AÑO 1982	CALLE 17 - #15-22 barrio san cristobal			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	ACACÍAS		
MUNICIPIO	FUSAGASUGÁ	TELÉFONO		EMAIL	cacalcedor@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ESPECIALISTA EN MEDICINA IINTERNA	09	2018	77350
POSTGRADO	4	X		CARDIOLOGIA	03	2016	90058
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2006	5098

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
DONANTE DE VIDA					TEJIDOS		
LIFECARE	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALEATIVO	04	2023
LIFECARE	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		MANEJO Y GESTION DEL DUELO	04	2023
LIFECARE	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		ATENCION A VICTIMAS POR ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS	01	2023
LIFECARE	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL	01	2023

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD MERAKIDS MEDICAL CENTER			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO GUAYABETAL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3173807383	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	05	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA						DIRECCIÓN - CALLE 33 # 39-21 BARZAL					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

CESAR CALCEDO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-28 22:10

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CESAR	AUGUSTO	CAICEDO	RAMIREZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	17421645

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUSAGASUGÁ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	ACACÍAS

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

Dirección	["Calle 15 entre carreras 2 y 4"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$1.143.985.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.143.985.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$7.242,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$344.558,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	META	GRANADA	$96.411.118,00
MUEBLE	COLOMBIA	META	GRANADA	$43.380.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$10.951.000,00
IMPUESTOS	$122.938.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [X] No [ ]

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 participación
ACTIVIDADES MEDICAS	PERSONAL

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17421645
NUMERO
CAICEDO RAMIREZ
APELLIDOS
CESAR AUGUSTO
NOMBRES
CESAR CAICEDO
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1982
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
01-AGO-2000 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
0-5200500-70091531-M-0017421645-20010503
1650801115A 02 095041625

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

EXTRANJERO

Apellido / Surname
CAICEDO RAMIREZ

Nombre / Name
CESAR AUGUSTO

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
COLOMBIANA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / Date of birth
20 ENE/ JAN 1982

Fecha de emisión / Date of issue
01 JUN/ JUN 2012

FIRMA DEL CERTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
01 JUN/ JUN 2027

Documento / Document

Número N° / Of. Ident.

DOMICILIO: GUATEMALA 4480 7 44 - CIUDAD AUTONOMA DE
BS AS - COMUNA 14
LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA -
FECHA DE INGRESO AL PAIS: 22 MAR 2010
CATEGORIA DE INGRESO: PERMANENTE
EXPEDIENTE: [illegible] DISPOSICION [illegible]
FECHA DE RADICACION: 01 JUN 2012

A. Florencia Raviazzo
Instituto del Interior

PULGAR

IDARG94466955<8<<<<<<<<<<<<<<<
8201205M2706018COL<<<<<<<<<<<8

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 17421645

APELLIDOS Y NOMBRES

CAICEDO RAMIREZ

CESAR AUGUSTO

PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA	2ª LINEA	RESERVA
31 DIC	31 DIC	
2012	2022	2032

PROFESION BACHILLER

FECHA DE EXP. 27 JUN 2012

DISTRITO MILITAR NO 2 COMANDO

Condiciones Especiales

1 En caso de incumplimiento del requisito presentado para los casos contemplados por cualquier autoridad publica competente a la cual administrativa posesión de cargos públicos grados obtenidos en cualquier centro docente de educación superior

2 En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

EJ DDX 22

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17421645, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	CESAR
Segundo Nombre:	AUGUSTO
Primer Apellido:	CAICEDO
Segundo Apellido:	RAMIREZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	17421645
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de Enero de 2026, a las 3:34:47 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

César Augusto Caicedo Ramírez

CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17'421.645 DE ACACIAS

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

MÉDICO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Villavicencio, el día 16 de junio de 2006

Rector Honorario

Rector

Registros y Diplomas

Decano de Facultad

Director Seccional

Secretario General

Refrendado en Villavicencio el 15 de Junio de 2006

Anotado al folio No. 15 del libro de Registros y Diplomas No. 2

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 012

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA

APROBACION DEL PROGRAMA: SNIES 18204610000500010110O

FECHA: 16 DE JUNIO DE 2006

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. VILLAVICENCIO

En atención a que CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

con cédula de **ciudadanía No.** 17,421,645 **de** ACACIAS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de MEDICO

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 12 **en sesión del día** 24 **de** MAYO **de** 2006

Para constancia se suscribe por:

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

ROGER JULIO PEDRAZA LEFEVRE
Secretario General

ALFONSO ORTIZ BAUTISTA
Director Seccional

EDUARDO RUEDA OCHOA
Decano de la Facultad

No. 5736

República Argentina

Universidad del Salvador

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad de Medicina

Por cuanto: Cesar Augusto Caicedo Ramirez (D.N.I. 94.466.955)
natural de Colombia ha terminado el 26 de febrero de 2016
los estudios correspondientes a la carrera de Especialización en Cardiología

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad le expedimos el presente título de Médico Especialista en Cardiología

Buenos Aires 21 de marzo de 2016.

Daniel Francisco Martínez
Decano

Claudia Nélida Ramírez
Secretaria Académica

Graduado

Juan Alejandro Tobías
Rector

Liliana Elizabeth Martínez
Secretaria General

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

NRO REGISTRO 631/2016 LIBRO XXVI FOLIO 127

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y DEPORTES
DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA

Certifico que las firmas que dicen JUAN ALEJANDRO TOBIAS y LILIANA ELIZABETH MARTINEZ guardan similitud con las que han sido registradas en nuestros archivos .-
BUENOS AIRES, 17 AGO 2016

Dr. MARCELO HUGO MOYANO
DIRECCION NACIONAL DE GESTION UNIVERSITARIA

El Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda certifica que la firma que aparece en este documento y que obra ..... guarda similitud con la que obra en nuestros registros.
Bs. As. 24 NOV. 2016

DE LUCA LILIANA
MINISTERIO DEL INTERIOR
OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

REPUBLICA ARGENTINA
Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación

ME000001085099

Diploma - Original
11110125
CAICEDO RAMIREZ, CESAR AUGUS
DNI. 94466955
USAL - Medico especialista en Car

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION
E INSTITUTOS

Inscripto en carácter de Especialista

En: Cardiología

Orden Nº 5402 213

BS. AS. 02. 12. 16

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO, FISCALIZACION
Y SANIDAD DE FRONTERAS
Ley 17723

Malena S. Vega
Leg. Nº 126.375
Administrativa
NAL. DE REG. FISC. Y SAN. FRONT

Dr. Francisco Topea
Director
Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras
Ministerio de Salud

GP - Nº 1805 / 16

SERIE A 6198446

REPÚBLICA ARGENTINA

MINISTERIO *de*
RELACIONES EXTERIORES
Y CULTO

APOSTILLE
(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. País ARGENTINA
   El presente documento público
2. Ha sido firmado por FRANCISCO L TROPEA
3. Quien actúa en calidad de FUNCIONARIO HABILITANTE
4. Lleva el sello/timbre de MINISTERIO DE SALUD
   Certificado
5. En BUENOS AIRES 6. El día 20/04/2017
7. Por UNIDAD DE COORDINACION LEGALIZACIONES
   MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO
8. Bajo el Número: 80489/2017
9. Sello/Timbre: 90

10. Firma
ROMINA NATALIA DAMICO
Unidad de Coordinación de Legalizaciones
Ministerio de Relaciones Exteriores
Comercio Internacional y Culto

CANCILLERIA ARGENTINA

Tipo de Documento: CERTIFICADO DE ESPECIALISTA
Titular del Documento: CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

2017080489

3379ECDE2865896E80790D86A95299A1

República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS.

SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE FRONTERAS

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

EL MINISTERIO DE SALUD por intermedio de la DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE FRONTERAS autoriza al **MEDICO CAICEDO RAMIREZ, CESAR AUGUSTO**

_____, Matrícula Profesional No.: **142251**

a anunciarse como ESPECIALISTA en **CARDIOLOGIA**

en razon de haber acreditado los recaudos legales correspondientes, de acuerdo al art. **21** inc. **B** correspondiente a

Ley 17132 y mod. Ley 23873

Expediente No.: **120020000022463162** Buenos Aires, **02/12/2016**

Nro. de Orden **54012 / 2016**

MAVEGA
Malena S. Vega
Leg. Nº 126.375
Administrativa
D. NAC. DE REG. FISC. Y SAN. FRONT

Firma y sello aclaratorio
Dr. Francisco E. Tropea
Director
Dirección Nacional de Registro,
Fiscalización y Sanidad de Fronteras
Ministerio de Salud de la Nación

SERIE A 6198446

REPÚBLICA ARGENTINA

MINISTERIO *de*
RELACIONES EXTERIORES
Y CULTO

APOSTILLE
(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. País ARGENTINA
   El presente documento público
2. Ha sido firmado por FRANCISCO L TROPEA
3. Quien actúa en calidad de FUNCIONARIO HABILITANTE
4. Lleva el sello/timbre de MINISTERIO DE SALUD
   Certificado
5. En BUENOS AIRES 6. El día 20/04/2017
7. Por UNIDAD DE COORDINACION LEGALIZACIONES MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO
8. Bajo el Número: 80489/2017
9. Sello/Timbre: 90
10. Firma

Tipo de Documento: CERTIFICADO DE ESPECIALISTA
Titular del Documento: CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

2017080489

3379ECDE2265896E80790D86A95299A1

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

002747 08 MAR 2022

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 17421645, presentó para su convalidación el título de MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA, otorgado el 21 de marzo de 2016, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, ARGENTINA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2021-EE-362633.

Que el convalidante aporta el título de MÉDICO, otorgado el 16 de junio de 2006, por la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, COLOMBIA.

Que mediante Resolución número 9793 del 16 de junio de 2020, este Ministerio convalidó el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, otorgado el 18 de septiembre de 2018, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica...".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el

conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el día 2 de febrero de 2022 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA, otorgado el 21 de marzo de 2016, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, ARGENTINA, a CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 17421645, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

REPÚBLICA ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Medicina

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad

Por cuanto, **César Augusto Caicedo Ramírez**

natural de Colombia, ha finalizado el 30 de mayo de 2016 los estudios correspondientes a la carrera de **Médico Especialista en Medicina Interna.**

Por lo tanto, de acuerdo con las normas vigentes en esta Universidad, le confieren el presente diploma de **Médico Especialista en Medicina Interna.**

Buenos Aires, 18 de septiembre de 2018

CARLOS F. REYES TOSO
SECRETARIO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

RICARDO J. GELPI
DECANO

ALBERTO E. BARBIERI
RECTOR

MARÍA CATALINA NOSIGLIA
SECRETARIA DE ASUNTOS ACADÉMICOS

Documento Nacional de Identidad 94466955 (para extranjeros)

Evaluación Final Única Centralizada aprobada con 7 (siete) el 30/05/2016

LEONARDO FEDERICO GOTTIFREDI
DIRECTOR GENERAL DE TÍTULOS Y PLANES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN Y FISCALIZACIÓN UNIVERSITARIA

Certifico que las firmas del Rector, Dr. Alberto Edgardo BARBIERI, Secretaria de Asuntos Académicos, Lic. María Catalina NOSIGLIA y el Director General de Títulos y Planes, Sr. Leonardo Federico GOTTIFREDI que anteceden, guardan similitud con la/s que obran en nuestros registros.

Buenos Aires, 18 MAR 2019

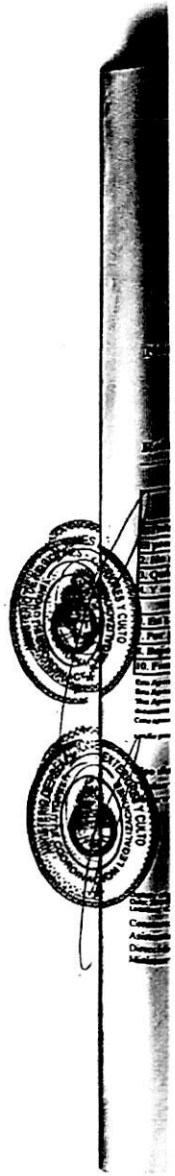
M. P. SILVANA N. DATO
Dirección Nacional de Gestión
y Fiscalización Universitaria

REPUBLICA ARGENTINA
Ministerio de Educación

ME000001641516

Firma del interesado

REGISTRADO EN EL LIBRO GENERAL DE GRADOS Nº 247 FOLIO 117 CON EL Nº 12389



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Apostilla de La Haya

Número: CE-2019-101983533-APN-DTC#MRE

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 14 de Noviembre de 2019

Referencia: 282495/2019 | Verificar | Verify | Vérifier: www.argentina.gob.ar/legalizacion-internacional

APOSTILLE **(Convention de la Haye du 5 de octobre 1961)**	
1. País |*Country* |*Pays*: ARGENTINA	
El presente documento público |*This public document* |*Le présent acte public*	
2. Ha sido firmado por |*Has been signed by* |*A été signé par*: SILVANA NELIDA DATO	
3. Quien actúa en calidad de |*Acting in the capacity of* |*Agissant en qualité de*: FUNCIONARIO HABILITANTE	
4. Y está revestido del sello/timbre de |*Bears the seal/stamp of* |*Est revêtu du sceau/timbre de*: MINISTERIO DE EDUCACION	
Certificado |*Certified*	*Attesté*	
5. En |*At* |*A*: BUENOS AIRES	6. El día |*The* |*Le*: 12/11/2019
7. Por |*By* |*Par*: Unidad de Coordinación Legalizaciones del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto	
8. Bajo el Número |*N°* |*Sous N°*: 282495/2019	9. Sello/Timbre |*Seal/Stamp* |*Sceau/Timbre*: ARS 300 .-
10. Firma |*Signature* |*Signature*: Constanza Fodaro	

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.
Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió. No es válido el uso de esta Apostilla en la República Argentina.
This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears. This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued. This Apostille is not valid for use anywhere within República Argentina.
Cette apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu. Cette apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise. L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable en/au Argentina.

Tipo de documento apostillado |*Type of document* |*Type de document*: TITULO
Titular |*Holder* |*Titulaire*: CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ
Observaciones |*Observations* | *Observations*:

Digitally signed by FODARO Constanza
Date: 2019.11.14 11:16:12 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Constanza Fodaro
Asistente administrativo
Dirección Tecnica Consular
Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2019.11.14 11:16:14 -03:00

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No. .

009793 16 JUN 2020

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 17421645, presentó para su convalidación el título de MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, otorgado el 18 de septiembre de 2018, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2020-EE-073029.

Que el convalidante adjunta copia del título de MÉDICO, otorgado el 16 de junio de 2006, por la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente baje el criterio de evaluación académica...".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos, y iv) modalidad. (...)

establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el día 7 de mayo de 2020 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, otorgado el 18 de septiembre de 2018, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, a CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.421.645, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR



GERMAN ARTURO GORDON CHAYAMBUCO

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ



C.C. 17421645

MÉDICO

Universidad Cooperativa de Colombia

Villavicencio

Grado: 16/06/2006

Rethus: 15/01/2007

ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-28--4:53:20 PM

CESAR	AUGUSTO	CAICEDO	RAMIREZ	Vigente	Ver

creto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ identificado(a) con CC 17421645 registra La siguiente información:

2026-01-28--4:53:20 PM

Información Académica

Medicina Interna	2020-06-16	77350	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
Cardiologia	2022-03-08	90058	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
MEDICINA	2007-01-15	5098	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

LOMBIA|META|GUAMAL	2006-07-10	2007-01-09	Programa de Salud Pública	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La de actualización de conformidad con lo señaladó por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede lel área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula alento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal de Ética Médica del Meta
Ley 23/81 Artículo 67

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL
TRIBUNAL DE ETICA MEDICA DEL META

HACE CONSTAR:

Que, una vez revisado el libro radicador de procesos que se lleva en la Secretaría de este Tribunal, no se encontró constancia que contra el doctor CÉSAR AUGUSTO CAICEDO RAMÍREZ, identificado con la cédula de ciudadanía número 17.421.645, expedida en Acacías, Identificación Única del Talento Humano en Salud C.C. 17421645, RETHUS: 15/01/2007, expedido por el Colegio Médico Colombiano, se haya adelantado proceso ético disciplinario alguno en que hubiere sido sancionado, por lo que no presenta antecedentes ante esta Corporación.

Se aclara que esta información no incluye la que puedan tener los demás Tribunales Seccionales de Ética Médica.

Para constancia se firma en la ciudad de Villavicencio, a los veintisiete (27) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026), a solicitud del interesado.

Isabel Cristina Romero B.

Tribunal de Ética Médica del Meta
SECRETARIO ABOGADO
TESORERO

ISABEL CRISTINA ROMERO BAQUERO

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

Fundación Soy Donante De vida

El hospital universitario Erasmo Meoz y la Fundación Soy Donante de vida certifican que:

CESAR CAICEDO RAMIREZ

Número de identificación

CC 17421645

Ha participado y aprobado el curso virtual:

DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

con una intensidad de 40 horas.

En constancia firman:

FRANCY ARCHILA FLOREZ
Coordinadora de docencia
Hospital Erasmo Meoz

29/12/2025

EDWIN RAMÍREZ JIMÉNEZ
Director Ejecutivo
Fundación Soy Donante de Vida

Vigencia: Dos (2) años. Este certificado tiene consecutivo, registro y su legalidad puede ser verificada, por cualquier entidad a través del correo soydonantedevida@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

7479

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

CC. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Realizado los días 17 al 18 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 18 de OCTUBRE del año 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 18 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

7484

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

CC. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Realizado los días 27 al 28 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 28 de OCTUBRE del año 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 28 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

7480

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

CC. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días 19 al 20 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 20 de OCTUBRE del año 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 20 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

7481

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

CC. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Realizado los días 21 al 22 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 22 de OCTUBRE del año 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 22 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

2142

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

C.C. 17,421,645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Realizado los días del 14 AL 15 OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 15 OCTUBRE DE 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 15 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 – 318 728 2302 - Ofic. 608 873 6310

Sede Chaparral
Cel. 312 476 3736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

312

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

C.C. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO Y GESTION DEL DUELO ÉNFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL

Realizado los días 03 al 04 de MAYO DE 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 04 DE MAYO DE 2026

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 04 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

7482

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

CC. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES

Realizado los días 23 al 24 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 24 de OCTUBRE del año 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 24 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

C.C. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado los días 06 al 07 de MAYO DE 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 07 DE MAYO DE 2026

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 07 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

C.C. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado los días 22 al 27 de ABRIL DE 2024, con una intensidad de 48 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 27 DE ABRIL DE 2026

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 27 DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

7483

HACE CONSTAR QUE:

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ

CC. 17.421.645 DE ACACIAS (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Realizado los días 25 al 26 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 26 de OCTUBRE del año 2027

DADO EN ACACIAS (META) A LOS 26 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

Teléfono 670 3838 Línea de emergencia 132 Cra. 30 No. 39-30
Centro - Villavicencio - Meta www.cruzrojameta.org

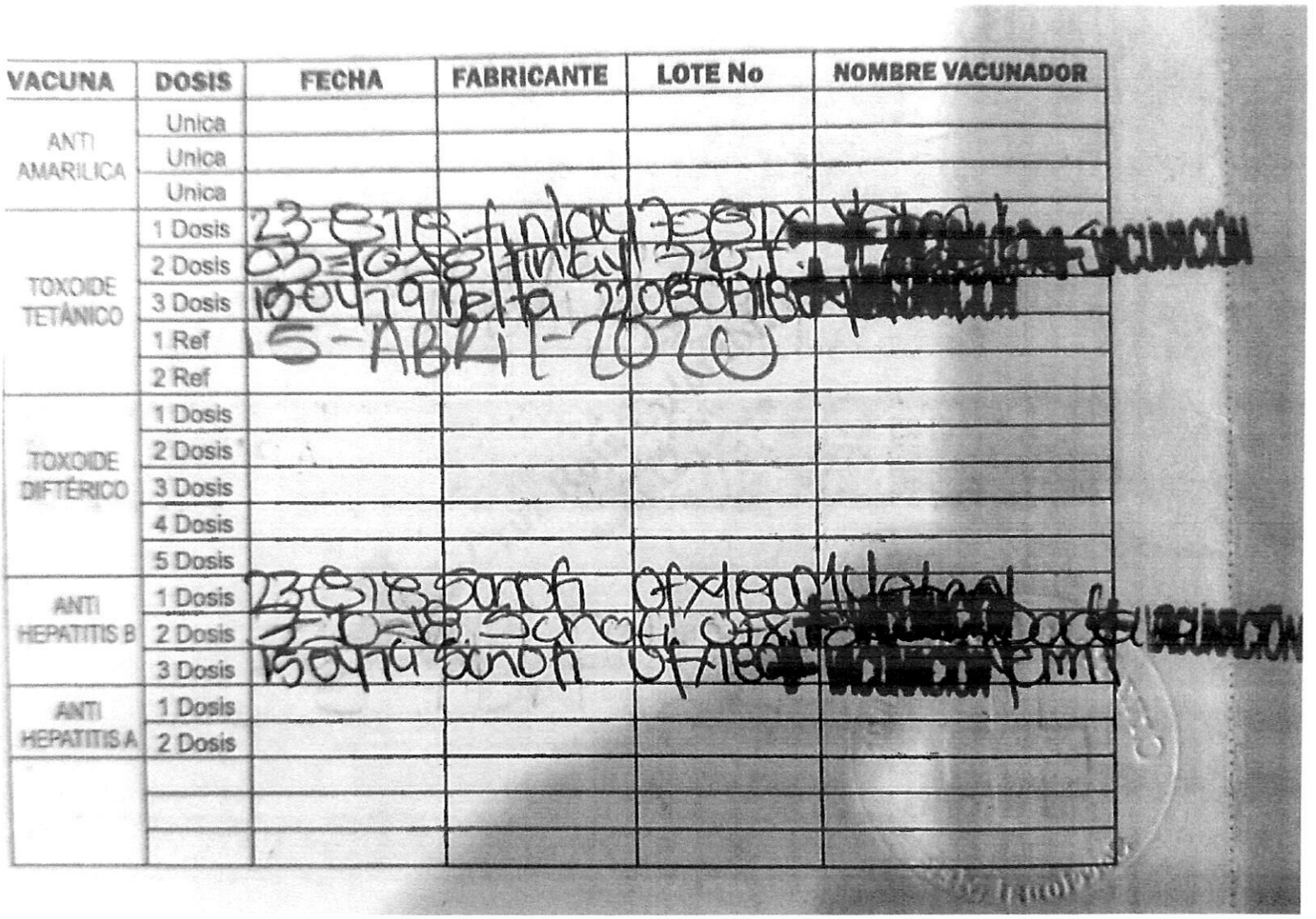
CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL 48578

NOMBRE: Cesar Augusto Caicedo Ramirez

DOC. DE IDENTIDAD 17.421645

FECHA DE NACIMIENTO 20-01-1982 SEXO M

TELÉFONO



VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No	NOMBRE VACUNADOR
ANTI AMARILICA	Unica				
	Unica				
	Unica				
TOXOIDE TETÁNICO	1 Dosis	23-ENE-[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] VACUNACIÓN
	2 Dosis	05-[illegible]	[illegible]	[illegible]	
	3 Dosis	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
	1 Ref	15-ABRIL-2020			
	2 Ref				
TOXOIDE DIFTÉRICO	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
	4 Dosis				
	5 Dosis				
ANTI HEPATITIS B	1 Dosis	23 Enero [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	2 Dosis	5-0-[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] VACUNACIÓN
	3 Dosis	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ANTI HEPATITIS A	1 Dosis				
	2 Dosis				

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

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Cesar Augusto
Apellidos:	Conceda Ramirez
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 17421645
Fecha de Nacimiento:	Día 20 Mes 01 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	1R	5/12/24	Sanofi 2882ACO8A	Rubieta
	2R			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unico	5/12/24	Sanofi Pasteur	Rubieta
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CERTIFICADO DE NO ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICO COVID19

Yo CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ, identificado con cedula de ciudadanía No 17.421.645 expedida en Acacias; por medio del presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que por antecedente de comorbilidades tengo contraindicado administración de inmunobiológico contra la vacuna del COVID 19.

Se firma a los 19 días del mes de diciembre de 2025, con destino al Hospital Departamental de Granada E.S.E.

Nombre: CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ
Cargo: MEDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
Documento de Identidad: 17.421.645
Ciudad: ACACIAS META
Dirección: CL 17 # 15-72
Correo Electrónico: cacaicedor@hotmail.com
Teléfono: 3107511436

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004230	2

TOMADOR	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
ASEGURADO	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
26 / 01 / 2026	23 / 01 / 2026	23 / 01 / 2027	23 / 01 / 2026	23 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DIRECTA	4013	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CARDIOLOGIA CON INTERVENCION MENOR

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 351,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 351,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 70,200,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******351,000,000.00	PRIMA:	$ **********272,730.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********51,818.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********324,548.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 38 NO. 33 - 45/49, TELÉFONO 6623707 - VILLAVICENCIO

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11006104390361(3900)000000324548(96)20260309

REFERENCIA PAGO:
1100610439036-1

30-03-101004230

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

ANYELAURREGO

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004230	2

TOMADOR	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
ASEGURADO	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

ANEXO DE RENOVACION.

UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIODE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO
SINIESTRALIDAD: No Posee siniestros segun a informacion suministrada

BASE DE COBERTURA OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana

(Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).
:
CONDICIONADO GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I

En adicion a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.
NOTA TECNICA:FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: CARDIOLOGIA CON INTERVENCION MENOR

LIMITE ASEGURADO :$ 351.000.000

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluira los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion. Se excluye Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

En caso de requerir financiacion inmediata, solicite a su asesor las mejores alternativas que le ofrece Crediestado - www.crediestado.com.co (Aplican terminos y condiciones)
COBERTURAS:

1.AMPARO BASICO

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que, de acuerdo con la ley, incurra el asegurado derivada de la actividad profesional de la salud (actos en desarrollo de la actividad profesional de la salud asegurada) descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite o sublimites de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.
Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surja a consecuencia de actos erroneos (ver seccion III definiciones generales), cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado, en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la poliza.
Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.
Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.
PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion III), cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.?

1.2GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado previsto en la poliza, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.
En adicion a lo anterior, los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando:
1.2.1 los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la poliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguro.
1.2.2 SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible indicado en la caratula de la misma. Tales honorarios deberan ser consultados por escrito previamente a SEGURESTADO, de manera que los mismos se ajusten a las condiciones del mercado y las tarifas que manejen de manera general los colegios de abogados existentes en Colombia.
1.2.3 en los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso. Para todos los procesos judiciales y administrativos, si el asegurado es condenado por razon de una conducta dolosa, debera restituir a SEGURESTADO los costos y gastos de defensa que se hubieren reconocido.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004230	2

TOMADOR	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
ASEGURADO	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.EXTENSIONES DE COBERTURA
Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.
No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.
2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil extracontractual del asegurado a consecuencia del uso de predios, labores y operaciones (PLO), por:
1.La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la solicitud del seguro.
2.Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la solicitud del seguro.
3.La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados.
Para tal fin la cobertura descrita en este numeral, operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, con un limite no inferior a: $ 35.100.000

PARAGRAFO: Esta extension al amparo basico, tendra cobertura cuando el asegurado tenga un consultorio a su servicio, y sea reportado en la solicitud del seguro.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIMITE
Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.	
AMPARO BASICO	
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	$ 351.000.000
GASTOS DE DEFENSALimite por : Evento $ 15.000.000	Vigencia $ 70.200.000

DEDUCIBLES

AMPARO	
GASTOS DE DEFENSA	10%
DEMAS AMPAROS	10% - Min 1 SMMLV

EXCLUSIONES
Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:
1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.
4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.
6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.
9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.
10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004230	2

TOMADOR	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
ASEGURADO	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
IV-Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.
11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.
12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.
14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza. Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.
15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.
16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.
17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente no justificada de acuerdo con la ley.
En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
20.Violacion del secreto profesional.
21.Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.
25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.
26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.
27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.
30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.
31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.
32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.
33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.
35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva
36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004230	2

TOMADOR	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
ASEGURADO	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.
37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.
38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.
40.Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.
41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.
42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.
45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.
46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.
47.El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.
48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.
50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.
51.Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.
52.Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
53.El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.
54.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
55.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:
56.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
57.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes. b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
58.El Asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
59. Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
60.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
61.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
62.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
63.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
64.Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Cibernetico: exclusion de perdida de datos y cyber liability: esta poliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacion, perdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacion, uso malicioso, infeccion por programas maliciosos o virus, extorsion, destruccion, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informaticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambien perdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacion, corrupcion, perdida, destruccion, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento ilegal o no autorizado o revelacion de datos, destruccion o robo de cualquier computadora o aparato electronico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacion personal o corporativa en cualquier formato o soporte.
65.Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: El asegurador no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1. el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre: a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b. la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004230	2

TOMADOR	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
ASEGURADO	CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ			CC	17.421.645
DIRECCION	CL 17 NRO. 15 - 72	CIUDAD	ACACIAS, META	TELEFONO	6645926
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. El Asegurado real o presunta:
a. Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b. declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c. Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propositos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1)Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2)Neumonia atipica o cualquier cepa de esta;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA

CONDICIONES ADICIONALES: FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.

- CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
- No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.
- NO se otorga restablecimiento del valor asegurado

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES	GJ-P1-F22 Versión 1	

CLASE DE CLIENTE Proveedor [X] Empleado [ ] **FECHA DILIGENCIAMIENTO** 30 (DIA) 01 (MES) 2026 (AÑO)

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS Identificación tipo: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ]

Fecha de Expedición: 01 (DIA) 08 (MES) 2000 (AÑO)

CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ — Número 17421645 — Expedida en ACACÍAS

Fecha de Nacimiento: Año 1982 Mes 01 Día 20 — Lugar de Nacimiento: ACACIAS — Nacionalidad: COLOMBIANO

Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono casa	Celular
C 17 15 72	ACACIAS	3107511436	3107511436

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado [ ] Independiente [X] Estudiante [ ] Rentista [ ] Socio [ ] Pensionado [ ]

Código de Actividad "CIIU": 8621 — E-Mail: CACAICEDOR@HOTMAIL.COM

Nombre Empresa donde	Cargo que Desempeña
Hospital Departamental de Granada	MEDICO / CARDIOLOGO

Dirección Empresa	Ciudad	Teléfono	E Mail
Calle 15 carrera 2 y 4	Granada - Meta	6587800	gerencia@hospitalgranada.gov.co

PERSONA JURÍDICA

Razón Social _____ NIT _____

Dirección Oficina	Ciudad	Teléfono	Fax

Dirección Sucursal o	Ciudad	Teléfono	Fax

Tipo de empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Inversión extranjera [ ] Otra [ ] Cuál? _____

Código de Actividad [ ] E-Mail _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
02	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos 596,375,000 — Total Pasivos 212,675,000

Ingresos Mensuales 75000000 — Otros Ingresos $ — Concepto Actividad Medica

Egresos Mensuales 55000000 — Otros Egresos $ — Concepto Nomina, Seg Social, Proveedores.

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Tipo de Transacción: Importación [ ] Exportación [ ]

Inversiones [ ] Préstamos [ ] Transferencias [ ] Otros [ ] Cuál? _____

Tipo de Producto	Identificación ó Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). ingresos de mi ocupación laboral como Medico General

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
BBVA	BOGOTA, 4010000	AHORROS	1309570200604952

7. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma Representante Legal del Proveedor ó Empleado



Huella

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la entrevista (DÍA / MES / AÑO) Hora

Nombre Funcionario

Firma Funcionario

Resultado de la Entrevista

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación (DÍA / MES / AÑO): 30 / 01 / 26 Hora

Nombre y Cargo de quien: FRANCISNEL SANCHEZ MARTINEZ Subgerente Administrativo

Firma

Resultado de la: su busqueda no ha arrojado ningún resultado.

ANEXO No. 7 FORMATO DE NO ESTAR INCURSO EN CONFLICTO DE INTERES

Granada – Meta, 30 enero 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 103 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CARDIOLOGIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Ref.: CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 1952 de 2019, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser la única responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años".

Cordialmente,

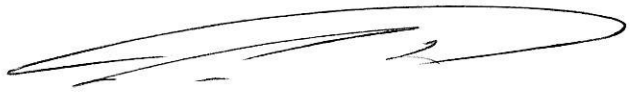
Nombre: Cesar Augusto Caicedo Ramírez.
Cargo: Medico Cardiólogo.
Documento de Identidad: 17421645.
Ciudad: Acacias Meta.
Dirección: Calle 17#15-72 BARRIO SAN CRISTOBAL.
Teléfono: 3107511436.
Correo: cacaicedor@hotmail.com.

ANEXOS No. 08 CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE INASISTENCIA ALIMENTARIO

Yo Cesar Augusto Caicedo Ramírez, identificado con cedula de ciudadanía No 17421645 expedida en Acacias; por medio del presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que NO tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también expreso que a la fecha NO estoy incursa en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en el evento que surja una condena de esta naturaleza en mi contra saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el artículo 6° de la ley 311 del 12 de agosto de 1996.

El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7º del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 2.2.5.1.8 del decreto 1083 de 2015; y se expide a los 30 días del mes de ENERO de 2026, con destino al Hospital Departamental de Granada E.S.E.



Firma y No. C.C. 17421645

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 17421645 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 28/01/2026 09:13 AM

Código Verificación: **P47ZM2V5QG**

Válida hasta: **28/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:41:45 horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **17421645,**
Apellidos y Nombres **CAICEDO RAMIREZ CESAR AUGUSTO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE GRANADA E.S.E**, con NIT **800037021-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 266253192

PIB
14:07:53

Bogotá DC, 12 de marzo del 2025

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) CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 17421645:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 28 de enero de 2026, a las 09:24:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	17421645
Código de Verificación	174216452601280924 59

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:33:45 AM horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **17421645**
Apellidos y Nombres: **CAICEDO RAMIREZ CESAR AUGUSTO**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/01/2026 09:46:50 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **17421645** y Nombre: **CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **133657380** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Dr. FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA

Medico Esp. Salud Ocupacional, Auditor SGSST- PESV - Certificador de Discapacidad. RM.508171, Lic. 0592, Resolución 6292 de 2020 Secretaria de Salud Del Meta

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN ADELANTADO	INGRESO X	POR CAMBIO DE OCUPACION		POST INCAPACIDAD	BRIGADISTA	TSA	BPG
	PERIODICO	RETIRO	OTRO	CUAL			
FECHA 09/12/2024		ARL POSITIVA		EPS SANITAS			
NOMBRES Y APELLIDOS Cesar Augusto Caicedo Ramirez							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 17421645							
CARGO CARDIOLOGO CLINICO				TELEFONO 310 7511436			
EMPRESA Y CARGO HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA							

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico	Físico	Biomecánico	Psicosociales	Químico	F. Naturales	Otros
Virus X	Ruido	Postura X	Gestión Organizacional X	Polvos	Sismo	
Bacterias X	Iluminación X	Esfuerzo	Organización Trabajo	Fibras	Terremoto	
Hongos X	Vibración	Mov. Repetitivo X	Grupo Social Trabajo	Líquidos	Vendaval	
Parásitos	Temperatura	Man. Cargas	Condición Tarea X	Gases	Inundación	
Picaduras	Presión		Interface Personal/Tarea	Vapores	Derrumbe	
Mordeduras	R. ionizantes X		Jornada de Trabajo	Humos	Precipitaciones	
Fluidos	R. no ionizantes X			Mat Particulado		

CONCEPTO

Sin patología aparente o condición de salud que limite su desempeño laboral	X
Con patología o condición de salud que limita parcialmente su desempeño laboral, puede laborar con recomendaciones	
Con condición de salud que amerita cambio de tareas, funciones o reubicación en la empresa	
Con patología o condición de salud que impide completamente su desempeño laboral	
Egreso satisfactorio sin presunta patología de origen laboral	
Egreso no satisfactorio, con patología en proceso de determinación de origen o reconocida como laboral	
Apto para trabajo seguro en alturas	
Apto para manipulación de alimentos	
Apto para buenas practicas ganaderas	
Otros	

RECOMENDACIONES

Estilos de vida saludables, acondicionamiento físico, ejercicio 3 veces por semana	X
Educación en movilización de cargas en levante y arrastre	X
Educación en bioseguridad y autocuidado	X
Higiene postural, pausas activas de 5 minutos por cada hora laborada	X
Evitar el consumo de alcohol y el tabaquismo	X
Otras	

Ingreso al PVE	Cardiovascular	Respirartorio	Psicosocial	Musculoesqueletico	Quimico	Biologico	Auditivo

RESTRICCIONES

NINGUNA

Dr. Fernando Mancera Garcia
Medico Esp. Salud Ocupacional
RM. 508171 Lic. 0592 SSM

	NOMBRE
FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA	FIRMA
Medico Ocupacional Lic.6292 SSM	CEDULA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2: Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141141356661

(415)7707212489984(8020) 000014114135666 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 7 4 2 1 6 4 5	9	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 4 2 1 6 4 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Acacías 0 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAICEDO	RAMIREZ	CESAR	AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Acacías 0 0 6

41. Dirección principal: CL 17 15 72 BRR SAN CRISTOBAL

42. Correo electrónico: cardiarisas@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 6 0 6 2 8				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 4 1 6 2 2 4 7 4 9 5 2

14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAICEDO RAMIREZ CESAR AUGUSTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141141356661

(415)7707212489984(8020) **000014114135666 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 7 4 2 1 6 4 5	9	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase		
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento		
79. Ciudad/Municipio		
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 2 5	2 0 2 3 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Cesar Augusto Caicedo Ramirez, identificado(a) con CC número 17421645, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 17421645
NOMBRES Y APELLIDOS	Cesar Augusto Caicedo Ramirez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/01/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	169 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 17421645 CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ Desde 01/03/2018 - Vigente

Generado por interfaces

28/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17421645,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de enero de 2026.

Rosa Mercedes Nino 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.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

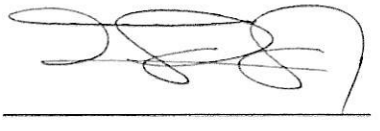
Que nuestro(a) cliente **CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 17.421.645** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 957604952** aperturada el **18 de mayo de 2018**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **10** días del mes de **diciembre** del año **2024**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0957604952**
Cuenta de 16 dígitos: **0957000200604952**
Cuenta de 20 dígitos: **00130957000200604952**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REQUISITOS MÉDICOS ESPECIALISTAS (ACTUALIZADA).

NOMBRE: CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ
ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA

1. Formato de Hoja de Vida SIGEP II. **OK**

2. Declaración de bienes y rentas y registro de conflictos de interés https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth. **OK**

3. Fotocopia del documento de identidad persona natural, personas naturales colombianas deberán presentar copia de su Cédula de Ciudadanía. Las personas naturales extranjeras, deberán acreditar su existencia mediante la copia de su pasaporte, y si se encuentran residenciadas en Colombia, mediante la presentación de la copia de la Cédula de Extranjería expedida por la autoridad colombiana competente. **OK**

4. Fotocopia de la libreta militar, si el proponente es persona natural hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida. En todo caso, para los hombres menores de 50 años, el Hospital podrá realizar verificación de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 (CUANDO APLIQUE). **OK**

5. Certificado de antecedentes judiciales vigente expedido por la Policía Nacional, del proponente persona natural. En caso de no aportarlo la Entidad deberá consultar los antecedentes en la página de la Policía Nacional, de conformidad con el Decreto 019 de 2012. **OK**

6. Certificado de No Inclusión en el Boletín de responsables Fiscales expedido en la Contraloría General de la República, en el evento en que el proponente no lo aporte el Hospital realizará la consulta y dejará constancia de esta. **OK**

7. Certificado de antecedentes disciplinarios expedidos por la Procuraduría General de la Nación, en el evento en que el proponente no lo aporte con su propuesta, el Hospital según lo señalado en la ley 1238 de 2008 lo consultará y dejará el registro de la consulta. **OK**

8. Certificado del sistema registro nacional de medidas correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia, según la ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. **OK**

9. Diploma y acta de grado (Pregrado) y homologación ICFES si los estudios de pregrado los realizó en el Exterior. **OK**

10. Diploma y acta de grado (Especialización) y homologación ICFES si los estudios de postgrado los realizó en el Exterior. **OK**

11. Fotocopia de la Tarjeta Profesional del Registro de la Identificación Única del Talento Humano en Salud (RETHUS). **OK**

12. Certificado del Registro de la Identificación Única del Talento Humano en Salud (RETHUS) Y El certificado de antecedentes del Tribunal de Ética Médica.

- https://web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx. **OK**
- https://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/generar/.**OK**

13. Cursos Resolución 3100 de 2019 Especialistas:

- **CURSO GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS - CUIDADOS DEL DONANTE** (Decreto 3100 de 2019 pagina 184 ítem 3, en la página 201 ítem 4 indica que todo el Talento Humano de la Salud lo debe realizar). **OK**
- **CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** (Todo el personal lo debe realizar). Pag 76 ítem 23. **OK**
- **CURSO PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE QUEMADURAS CON AGENTES QUÍMICOS** (Todo el personal lo debe realizar). Pag 76 ítem 23. **OK**
- **CURSO DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO** (Ley 1448 de 2011 y decreto 4800/2011 – Todo el personal lo debe realizar) **OK**
- **CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESO DE DUELO CON ÉNFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL** (Todo el personal lo debe realizar). Pag 60 Ítem 6. **OK**
- **ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICCIONES** (Todo el personal lo debe realizar, Excepto Psiquiatra). Pag 187 ítem 3.**OK**
- **OTROS CURSOS.** (Adjuntar los cursos que haya realizado a la Hoja de Vida – opcional). **OK**

14. Acreditación de experiencia profesional (Certificación, Contrato o Acta de liquidación) o en donde se acredite mínimo un (1) año de experiencia profesional. **OK**

15. Carnét de Vacunas Hepatitis B, Tetano, Fiebre Amarilla y Covid (actualizado). **OK**

16. Examen médico ocupacional (actualizado, o No mayor a 18 meses). **OK**

17. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO. RUT. Actualizado de acuerdo con la Resolución No. 139 de 2012 de la DIAN. (Debe contener la obligación de facturación electrónica, si está obligado a hacerlo). **OK**

18. Las personas naturales deben acreditar lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, es decir, encontrarse afiliados al régimen de pensiones y Salud. (Constancia/certificado de afiliación). **OK**

19. Presentar Garantía Única: De Responsabilidad Civil Profesional Médica, por un valor mínimo de doscientos (200) S.M.L.M.V, vigente a partir de la fecha de expedición de la garantía y por el término de un (1) año. **OK**

20. Certificación bancaria informando el número de la cuenta donde se le pueden consignar los pagos. **OK**

21. **ANEXOS**

- Carta de Presentacion de la propuesta (Anexo 1). **OK**
- Oferta Economica (Anexo 2). **OK**
- Compromiso de Transparencia (Anexo 3). **OK**
- Certificado de Inhabilidades e incompatibilidades (Anexo 4). **OK**
- Experiencia Acreditada (Anexo 5). **OK**
- Formato de SARLAFT persona jurídica o natural (Anexo 6). **OK**
- Formato de no estar incurso en conflicto de interés (Anexo 7). **OK**
- Constancia de no estar en curso de inasistencia alimentaria https://www.redam.gov.co (Anexo 8). **OK**
- Constancia de no estar incurso en delitos sexuales (Se debe descargar https://inhabilidades.policia.gov.co:8080-POLICIA NACIONAL). (Anexo 9). **OK**

22. Carpeta desacificada 4 aletas. **OK**

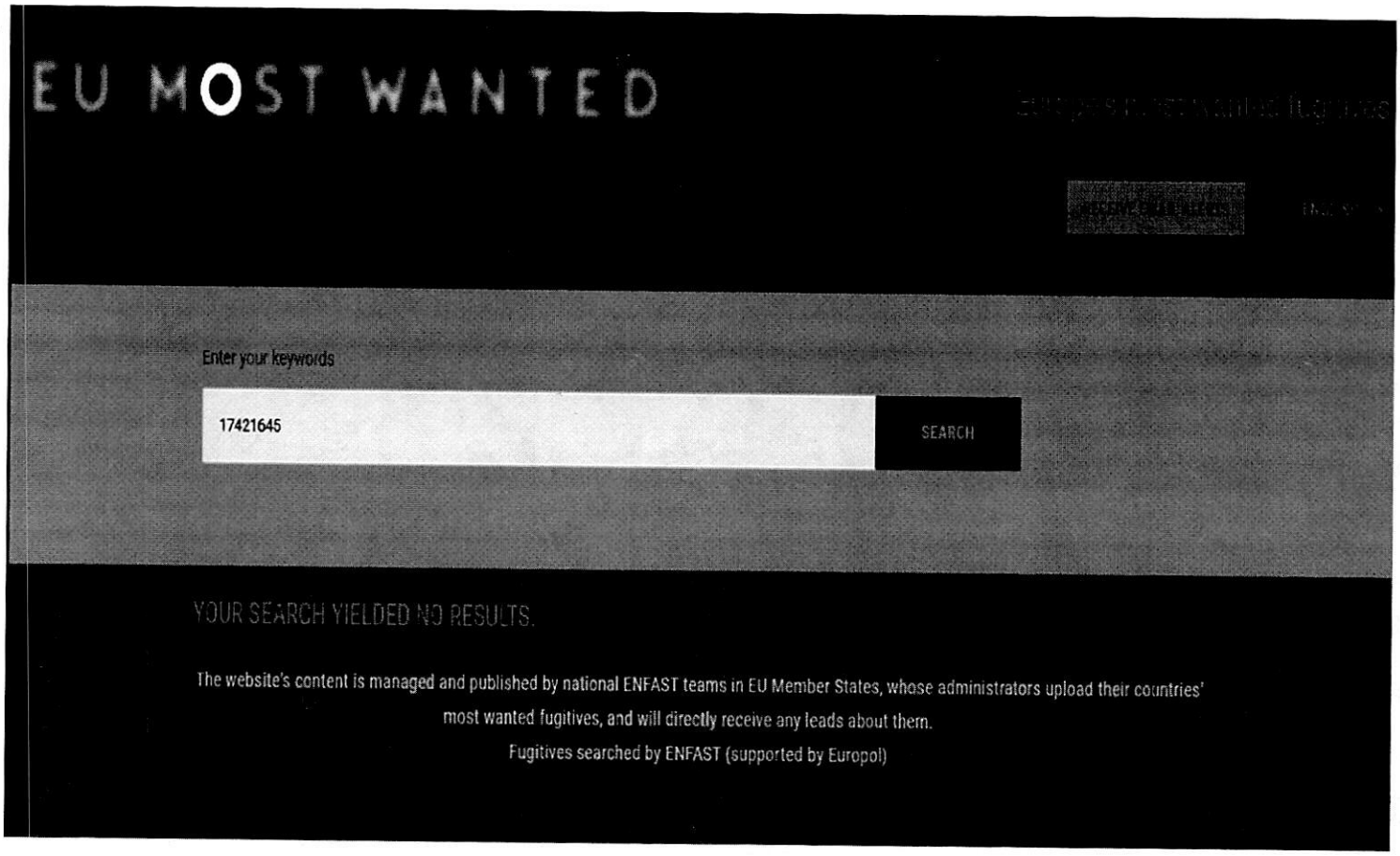
NOTA: Los documentos deben estar legibles y se deben entregar completos al área de Talento Humano.

El área de Talento humano luego de verificar la Hoja de vida del profesional Especialista en Cardiología, CESAR AUGUSTO CAICEDO RAMIREZ identificado con cedula de ciudadanía No. 17421645 de Acacias, certifica que los requisitos están debidamente soportados según su especialidad.

Cordialmente,

JOSE ALEXANDER MORENO HOYOS
Gestor Talento Humano.

Elaboro: Andrea Carolina Díaz Cuervo, Tecnóloga Talento Humano.


EU MOST WANTED
Enter your keywords
17421645
SEARCH
YOUR SEARCH YIELDED NO RESULTS.
The website's content is managed and published by national ENFAST teams in EU Member States, whose administrators upload their countries' most wanted fugitives, and will directly receive any leads about them.
Fugitives searched by ENFAST (supported by Europol)