



RENE MAURICIO PERILLA ROZO

NIT 79.718.716-5
CL 66 59 31
Tel: (031) 3144310315
Bogotá - Colombia
reneperilla@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. P 84

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE		
NIT	900.958.564-9	Teléfono	(031) 7300000
Dirección	CR 20 47 B 35 SUR	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/04/2026, 09:56
Expedición	17/04/2026, 10:56
Vencimiento	17/04/2026

Ítem	Descripción	Vr. Total
1	Honorarios medicos como especialista en ortopedia mes de abril 2026	21,783,996.00

Total items: 1

Valor en Letras: Veintiun millones setecientos ochenta y tres mil novecientos noventa y seis pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 21,783,996.00

Total Bruto	21,783,996.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	21,783,996.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764102967643 aprobado en 20251211 prefijo P desde el número 80 al 500 Vigencia: 6 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 6b76c625447b8b88ad94b395d10009bd498f669928581d9ba064c4a1019f35725883affddddd1dc2789d381e3c7738397

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-03-01	Hasta:	2026-03-31	
Nombre del Contratista:	RENE MAURICIO PERILLA ROZO		Número de Documento:	79718716	
Correo Electrónico:	reneperilla@yahoo.com		Número Telefónico:	3144310315	
Nombre del Supervisor:	JOSEF KLING GOMEZ	Cargo:	MEDICO ESPECIALISTA	Código - Grado:	213-32

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2799-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
C11ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	48	0	93094	\$4468512	20%
B04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS	USS MEISSEN	72	0	93094	\$6702768	30%
I20ORME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	78	0	93094	\$7261332	32.5%
A25JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	42	0	93094	\$3909948	17.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 22342560	VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 20666868	

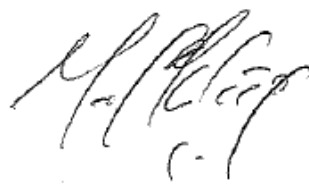
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MARZO	\$ 22342560	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 111712800	\$ 111712800	\$ 43009428	\$ 68703372
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Desarrollar servicios profesionales especializados en Ortopedia, aplicando su conocimiento técnico-científico y criterio médico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.	-Se atiende a los pacientes adoptando protocolos del servicio, también acorde con actualizaciones de la literatura basada en la evidencia,	
2	2. Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud osteomuscular, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al usuario, su familia y/o cuidadores, conforme a su criterio profesional.	-En cada acto médico de consulta, atención de urgencias, posoperatorio, se explica a los pacientes y familiares factores de riesgos , medidas de autocuidado, recomendaciones con fines de promover y prevenir patología y complicaciones osteoarticulares.	
3	3. Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-En el desarrollo de mis actividades medicas, tengo especial cuidado en el diligenciamiento de historia clínica cumpliendo con todos las recomendaciones y requerimientos estipulados por el ministerio de salud y los entes de control,	
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área de ortopedia, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Cuando es requerido actualizar protocolos , guías de manejo formatos estamos prestos a colaborar en la realización de los mismos, también adopto y diligencio los formatos de consentimiento informado, mipres cuando es requerido y adoptó siempre medidas de bioseguridad en la realización de mis actividades medicas.	
5	5. Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	-En mi practica medica siempre apoyo la identificación, caracterización , inscripción , manejo , seguimiento y canalización a los usuarios en la diferentes rutas de atención en salud, también en la consolidación e información para la trazabilidad de indicadores de salud.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-Siempre se busca en la atención en salud el manejo integral y cuidado del paciente adoptando normativas legales vigentes,	-se puede verificar con la historia clínica en notas medicas y de enfermería, donde se evidencia la articulación de los servicios.
7	7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-el objeto de mi actuación médica es lograr planes de manejo medico que respondan a solucionar los cuadros clínicos de los pacientes que consulta a la sub red,	-Los diagnósticos y planes de manejo acordes con dichos diagnósticos siempre quedan documentados en los respectivos ítems de la historia clínica,
8	8. Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instaurado.	-la comunicación con los pacientes, familiares y acudientes , se garantiza durante la atención medica en todos los servicios, siempre dispuesto a responder inquietudes que surjan.	-esto queda diligenciado en la historia clínica, en las recomendaciones y en los consentimientos que se diligencian cotidianamente
9	9. Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	-Se cumplen las agendas programadas en Cirugia, Consultas e interconsultas de urgencias	-esto queda diligenciado en la historia clínica sistematizada
10	10. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo su autonomía técnica y científica.	-Se desarrollan actividades educativas con personal en formación, también se hace retroalimentación con el personal de salud de otras dependencias para mejorar la calidad en la atención de los pacientes,	-seminarios , formatos de intranet,

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 20666868
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	FEBRERO	2026	03	05	6006578160	-83		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 8266747	\$ 1322680	\$ 1411000
Salud					SÁNTITAS		\$ 1033343	\$ 1037500
ARL				5	SURA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 2399175	\$ 2448500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870192293	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					RENE MAURICIO PERILLA ROZO		2026-03-19 20:54:43	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					RENE MAURICIO PERILLA ROZO		2026-03-20 12:47:23	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JOSEPH KLING GOMEZ		2026-03-20 12:55:08	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-03-21 22:11:11	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-04-13 15:54:31	

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



JOSEF KLING GOMEZ
 Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
 www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2026

MEDICO ESPECIALISTA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79718716
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:		RENE MAURICIO PERILLA ROZO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 66 59-31 INT 3-409	TELÉFONO:	3091419
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6010248000	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	201358214

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 1.530.000
SUBTOTAL:				1	\$ 1.530.000

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002514406	EPS005	EPS005	SANITAS S.A	1	\$ 1.125.000
SUBTOTAL:				1	\$ 1.125.000

VALOR SIN MORA:	\$ 2.655.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 2.655.000

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

201358214

Destino de pago

SOI ACH

Motivo

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Fecha

06/04/2026

Número de aprobación

00358214

Dirección IP

200.118.16.72

Valor transacción

\$ 2.655.000,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.80.25.153

Referencia 2

CC

Referencia 3

79718716



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PERILLA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROZO		NOMBRES RENE MAURICIO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79718716			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO 79718716 D.M. BIGUP					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES DIC AÑO 1974 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 66 59-31 interior 3 Apto 409 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3091419 EMAIL reneperilla@yahoo.com		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller Académico	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE	AÑO 1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Especialización médico	8	X		ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	4	2011	
Universitaria	12	X		MEDICINA	7	2000	25 1275/2001

Firma electronica validador: null

334658

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM SEDE CALLE 51	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@famisanar.com.co	
TELÉFONOS 3 07 70 11	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>
CARGO O CONTRATO Medico Ortopedista	DEPENDENCIA Consulta Externa	DIRECCIÓN CR 16 # 51 - 36	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Sur E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@hospitalmeissen.gov.co	
TELÉFONOS 7656873	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO Medico Ortopedista	DEPENDENCIA Ortopedia	DIRECCIÓN CR 18B 60 G-36 SUR	

Firma electronica validador: null

334658

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Hospital Meissen II Nivel E.S.E	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> atencionusuario@hospitalmeissen.gov.co	
<i>TELÉFONOS</i> 7656873	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2002"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> Medico de Urgencias	<i>DEPENDENCIA</i> Servicios Ambulatorios	<i>DIRECCIÓN</i> Cra 18 B # 60 G 36 Sur	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	1	5
Pública	22	4
Total	22	4

Firma electronica validador: null

334658

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



TENIENDO EN CUENTA QUE

René Mauricio Perilla Rozo

C.C. 79.718.716 de Bogotá, D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS
DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Ortopedia y Traumatología

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., al primer (01) día del mes de abril de 2011

[Signature]
DECANATURA DE FACULTAD

[Signature]
RECTORÍA

[Signature]
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 753, Folio 51 del Libro de Diplomas No. 3
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina