05 de Mayo de 2026

Doctor:
CARLOS MARIO ARENAS DURÁN
Gerente E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE SANTANDER
Dirección física: Carrera 3 # 1-26
Dirección de correo electrónico: eseguadalupe@hotmail.com - gerenciahospitalguadalupe@gmail.com
Guadalupe, Santander
E.S.D

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.912.935** expedida en Bogotá D.C (Cundinamarca) ; agradeciendo su amable invitación, me permito presentar la siguiente propuesta, de acuerdo con lo que a continuación se detalla:

1. **OBJETO:**

"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA GENERAL PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER".

2. **ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:**

1) Brindar atención médica a los pacientes asignados en el servicio de consulta externa de la E.S.E., conforme a la disponibilidad de tiempo del profesional y al cronograma previamente concertado, garantizando el cumplimiento de los indicadores de productividad y las metas establecidas en relación con la oportunidad en la asignación de citas.

2) Brindar atención médica en el servicio de urgencias de la E.S.E., conforme a la disponibilidad de tiempo del profesional y al cronograma previamente concertado, garantizando la oportunidad y calidad en la prestación del servicio.

3) Diligenciar de manera completa, oportuna y veraz las historias clínicas y demás registros asistenciales de los pacientes atendidos, a través del software dispuesto por la entidad, dejando constancia clara y precisa de las actividades realizadas durante la atención médica, conforme a los protocolos institucionales, garantizando la reserva, confidencialidad y validez clínica, legal y administrativa de la información, y permitiendo la correcta facturación y cobro de los servicios prestados.

4) Elaborar las órdenes de laboratorios, medicamentos, material médico-quirúrgico, procedimientos, remisiones y contra remisiones, entre otros, conforme a la normativa vigente y los protocolos institucionales.

5) Elaborar, consolidar y entregar oportunamente los formatos, informes, reportes estadísticos e indicadores de gestión que le sean requeridos por la supervisión del

contrato, la E.S.E. o los entes de control, en el marco de la prestación del servicio, garantizando la calidad, veracidad, confidencialidad de la información y el cumplimiento de los plazos establecidos

6) Realizar la referencia y contrarreferencia de los pacientes que ameriten el Servicio de Transporte Asistencial Básico (TAB), ajustándose a la normatividad vigente, manuales y protocolos establecidos para el traslado de pacientes, haciendo el respectivo acompañamiento en los casos que se requieran y el debido reporte a la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se traslade al paciente.

7) Brindar orientación y asesoría a los pacientes, incluyendo la explicación y diligenciamiento de los consentimientos informados que resulten necesarios en los casos en que así se requiera.

8) Realizar las demás actividades propias e inherentes al adecuado desarrollo del objeto contractual, dentro del marco de su autonomía profesional.

3. VALOR DE LA PROPUESTA:

CATORCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.600.000), incluidos todos los gastos, costos, impuestos, tasas y demás contribuciones o tributos que se generen con ocasión al contrato.

4. PLAZO DE EJECUCIÓN:

El plazo de ejecución contractual será de **DOS (2) MESES CALENDARIO,** contados a partir de la fecha acordada en el acta de inicio.

Nota. En caso de terminación anticipada o ejecución parcial solo habrá lugar al pago proporcional de las actividades de prestación efectiva del objeto contractual.

5. FORME DE PAGO:

EL CONTRATANTE pagará a **EL CONTRATISTA** el valor del presente contrato así: **DOS (2) PAGOS POR MENSUALIDADES VENCIDAS,** cada uno, por valor de **SIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/Cte. ($7.300.000),** correspondientes a los meses de mayo, junio de 2026.

6. DECLARACIONES:

El suscrito declara:

→ Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la contratación estatal especialmente lo establecido en la Constitución Política y la Ley. Por lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad para celebrar contratos

con entidades públicas, particularmente con Empresas Sociales del Estado. Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad, cederé el contrato previa autorización escrita de **E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Santander**, o, si ello no fuere posible, renunciará a su ejecución. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sobrevenga dentro de proceso de selección, se entenderá que renuncio a la participación en este y a los derechos surgidos del mismo.

- → Conozco la modalidad de selección empleada y el tipo de contrato a suscribir, por tal motivo, declaró solemnemente que mantendré indemne a la institución por cualquier reclamación derivada del mismo.
- → Ninguna persona o entidad de la aquí nombrada tiene interés en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia llegase a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante.
- → Manifiesto bajo la gravedad de juramento que es cierto y verdadero que no soy responsable de los aportes parafiscales (Sena, Bienestar Familiar y Cajas de Compensación). Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L.
- → Que en ejercicio de mi actividad tengo previstas las actividades inherentes al objeto a contratar y la experiencia requerida.
- → Que conozco el sitio donde ejecutara el contrato, que acepto todos los requisitos que implique el desarrollo del objeto contractual y, me someto a cumplir todas las reglamentaciones vigentes en la E.S.E.
- → Que me comprometo a realizar todos los trámites tendientes a la legalización del contrato y a firmar el acta de inicio.
- → Que mediante el presente documento manifiesto mi disponibilidad inmediata para desempeñar la prestación de los servicios contratados.

7. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

En virtud de lo establecido en el Capítulo V, de la Ley 1437 de 2011, ACEPTO voluntariamente ser notificado de los avisos, solicitudes, comunicaciones y demás notificaciones que se deban realizar en virtud de la relación contractual, a través de medio electrónico a la siguiente dirección de correo: rafael.nio@hotmail.com.

8. OBSERVACIONES:

Adjunto a la presente, proporciono copia de la documentación requerida en la invitación, la cual respalda mi idoneidad y experiencia para llevar a cabo las actividades contempladas en el contrato.

Atentamente,

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ
CC. 79.912.935 expedida en Bogotá, Cundinamarca

05 de Mayo de 2026

Doctor:
CARLOS MARIO ARENAS DURÁN
Gerente E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE SANTANDER
Dirección física: Carrera 3 # 1-26
Dirección de correo electrónico: eseguadalupe@hotmail.com - gerenciahospitalguadalupe@gmail.com
Guadalupe, Santander
E.S.D

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.912.935** expedida en Bogotá D.C (Cundinamarca) : agradeciendo su amable invitación, me permito presentar la siguiente propuesta, de acuerdo con lo que a continuación se detalla:

1. **OBJETO:**

"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA GENERAL PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER".

2. **ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:**

1) Brindar atención médica a los pacientes asignados en el servicio de consulta externa de la E.S.E., conforme a la disponibilidad de tiempo del profesional y al cronograma previamente concertado, garantizando el cumplimiento de los indicadores de productividad y las metas establecidas en relación con la oportunidad en la asignación de citas.

2) Brindar atención médica en el servicio de urgencias de la E.S.E., conforme a la disponibilidad de tiempo del profesional y al cronograma previamente concertado, garantizando la oportunidad y calidad en la prestación del servicio.

3) Diligenciar de manera completa, oportuna y veraz las historias clínicas y demás registros asistenciales de los pacientes atendidos, a través del software dispuesto por la entidad, dejando constancia clara y precisa de las actividades realizadas durante la atención médica, conforme a los protocolos institucionales, garantizando la reserva, confidencialidad y validez clínica, legal y administrativa de la información, y permitiendo la correcta facturación y cobro de los servicios prestados.

4) Elaborar las órdenes de laboratorios, medicamentos, material médico-quirúrgico, procedimientos, remisiones y contra remisiones, entre otros, conforme a la normativa vigente y los protocolos institucionales.

5) Elaborar, consolidar y entregar oportunamente los formatos, informes, reportes estadísticos e indicadores de gestión que le sean requeridos por la supervisión del

contrato, la E.S.E. o los entes de control, en el marco de la prestación del servicio, garantizando la calidad, veracidad, confidencialidad de la información y el cumplimiento de los plazos establecidos

6) Realizar la referencia y contrarreferencia de los pacientes que ameriten el Servicio de Transporte Asistencial Básico (TAB), ajustándose a la normatividad vigente, manuales y protocolos establecidos para el traslado de pacientes, haciendo el respectivo acompañamiento en los casos que se requieran y el debido reporte a la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se traslade al paciente.

7) Brindar orientación y asesoría a los pacientes, incluyendo la explicación y diligenciamiento de los consentimientos informados que resulten necesarios en los casos en que así se requiera.

8) Realizar las demás actividades propias e inherentes al adecuado desarrollo del objeto contractual, dentro del marco de su autonomía profesional.

3. VALOR DE LA PROPUESTA:

CATORCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.600.000), incluidos todos los gastos, costos, impuestos, tasas y demás contribuciones o tributos que se generen con ocasión al contrato.

4. PLAZO DE EJECUCIÓN:

El plazo de ejecución contractual será de **DOS (2) MESES CALENDARIO,** contados a partir de la fecha acordada en el acta de inicio.

Nota. En caso de terminación anticipada o ejecución parcial solo habrá lugar al pago proporcional de las actividades de prestación efectiva del objeto contractual.

5. FORME DE PAGO:

EL CONTRATANTE pagará a **EL CONTRATISTA** el valor del presente contrato así: **DOS (2) PAGOS POR MENSUALIDADES VENCIDAS,** cada uno, por valor de **SIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/Cte. ($7.300.000),** correspondientes a los meses de mayo, junio de 2026.

6. DECLARACIONES:

El suscrito declara:

→ Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la contratación estatal especialmente lo establecido en la Constitución Política y la Ley. Por lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad para celebrar contratos

con entidades públicas, particularmente con Empresas Sociales del Estado. Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad, cederé el contrato previa autorización escrita de **E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Santander**, o, si ello no fuere posible, renunciará a su ejecución. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sobrevenga dentro de proceso de selección, se entenderá que renuncio a la participación en este y a los derechos surgidos del mismo.

- → Conozco la modalidad de selección empleada y el tipo de contrato a suscribir, por tal motivo, declaró solemnemente que mantendré indemne a la institución por cualquier reclamación derivada del mismo.
- → Ninguna persona o entidad de la aquí nombrada tiene interés en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia llegase a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante.
- → Manifiesto bajo la gravedad de juramento que es cierto y verdadero que no soy responsable de los aportes parafiscales (Sena, Bienestar Familiar y Cajas de Compensación). Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L.
- → Que en ejercicio de mi actividad tengo previstas las actividades inherentes al objeto a contratar y la experiencia requerida.
- → Que conozco el sitio donde ejecutara el contrato, que acepto todos los requisitos que implique el desarrollo del objeto contractual y, me someto a cumplir todas las reglamentaciones vigentes en la E.S.E.
- → Que me comprometo a realizar todos los trámites tendientes a la legalización del contrato y a firmar el acta de inicio.
- → Que mediante el presente documento manifiesto mi disponibilidad inmediata para desempeñar la prestación de los servicios contratados.

7. NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

En virtud de lo establecido en el Capítulo V, de la Ley 1437 de 2011, ACEPTO voluntariamente ser notificado de los avisos, solicitudes, comunicaciones y demás notificaciones que se deban realizar en virtud de la relación contractual, a través de medio electrónico a la siguiente dirección de correo: rafael.nio@hotmail.com.

8. OBSERVACIONES:

Adjunto a la presente, proporciono copia de la documentación requerida en la invitación, la cual respalda mi idoneidad y experiencia para llevar a cabo las actividades contempladas en el contrato.

Atentamente,

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ
CC. 79.912.935 expedida en Bogotá, Cundinamarca

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Niño	Rodriguez	Guillermo Rafael

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 79912935	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 79912935 D.M. 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 11 AÑO 1977	TRASVERSAL 93 N 34 180 TORRE 5 APTO 1101 TORRES DE MONTERREY			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	BUCARAMANGA		
MUNICIPIO	AGUA DE DIOS	TELÉFONO		EMAIL	rafael.nio@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1993

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	12	X		MEDICINA	09	2008	ACTA 332

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: GOBERNACION DE SANTANDER			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: BUCARAMANGA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6910880	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	30	Mes	10	Año	2020	Día	29	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: DIRECCION DE GESTION DEL RIESG						DIRECCIÓN: CALLE 37N 10 30 Bucaramanga, Santander					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: GOBERNACION DE SANTANDER			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: BUCARAMANGA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6910880	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	06	Año	2020	Día	08	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: DIRECCION DE GESTION DEL RIESG						DIRECCIÓN: CALLE 37N 10 30 Bucaramanga, Santander					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6910880	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	21	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 37N 10 30 Bucaramanga, Santander					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6910880	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 37N 10 30 Bucaramanga, Santander					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION IPS SALUDCOOP			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ, D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4926893	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	16	*Mes*	02	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA						*DIRECCIÓN* AV CR 45 NO 103 - 41					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE SOCORRO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2006	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE SOCORRO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6557427	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2006	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BATALLON NUEVA GRANADA ADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARRANCABERMEJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3487030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	08	*Año* 2005	*Día*	11	*Mes*	05	*Año* 2006		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BATALLON NUEVA GRANADA ADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARRANCABERMEJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	08	*Año* 2005	*Día*	11	*Mes*	05	*Año* 2006		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VPEE 8 BATALLON ESPECIAL ENERGETICO Y VIAL 8			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SEGOVIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2005	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2005		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL DE URGENCIAS	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VPEE 8 BATALLON ESPECIAL ENERGETICO Y VIAL 8			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SEGOVIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3487030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2005	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2005		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

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 ÚNICO

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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	10
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 _____ ,

_____

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	INGRESO	Fecha de publicación	2026-05-05 11:45

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GUILLERMO	RAFAEL	NIÑO	RODRIGUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	79912935

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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 NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - SANTANDER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	GUADALUPE

Dirección	["Carrera 3 No.1-26 Casco Urbano"]

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	$48.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$48.000.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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 [ ] No [X]

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

2. CONFLICTOS DE INTERES

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

NUMERO **79.912.935**

NIÑO RODRIGUEZ
APELLIDOS

GUILLERMO RAFAEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-NOV-1977**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

26-AGO-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2716300-00156091-M-0079912935-20090612 0011421508A 1 26323270

21-DIC-2004

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

79912935

NIÑO RODRIGUEZ
GUILLERMO RAFAEL

PERTENECE AL EJERCITO DE

31 DIC 2007 2012

ING. BIOMEDICO

21-DIC-2004



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

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

0760822

CT. FONSECA BECERRA ALBERTO

Comandante de Zona

DUPLICADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141133191673

(415)7707212489984(8020) 000014113319167 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 9 1 2 9 3 5	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	79912935	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NIÑO	RODRIGUEZ	GUILLERMO	RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: TV 93 34 180 CONJ TORRES DE MONTERREY AP 1101 TO 5

42. Correo electrónico: rafael.nio@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 8 0 0 0 1	3 2 1 4 5 0 7 7 4 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
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 1 7 0 1 2 0	0 0 1 0	2 0 1 9 0 1 0 1	8 6 1 0		2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código

05- impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 13-06-2025 04:28:39PM

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.
68 14330/ 2005

Firma Médico

Nombres y Apellidos
GUILLERMO R NINO RODRIGUEZ

C.C. o C.E. De
C 79912935 BOGOTA

Universidad Ciudad
E.M. J.N. CORPAS BOGOTA

Código 47070/01 Fecha de Expedición 16/06/06

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

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

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

79912935

Primer Nombre

GUILLERMO

Primer Apellido

NIÑO

Confirme los números de la Imagen *

9767

Cambiar

6389

Limpiar

Resultado General -2026-03-18 8:45:43 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	79912935	GUILLERMO	RAFAEL	NIÑO	RODRIGUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto 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) GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 79912935 registra La siguiente información:

2026-03-18 8:45:43 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Escuela de Medicina Juan N. Corpas

En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y

Teniendo en cuenta que

Guillermo Rafael Niño Rodriguez

C.C. 79.312.935 Santafé de Bogotá D.C.

culminó satisfactoriamente los programas académicos correspondientes a tres años de estudios básicos y tres años de entrenamiento médico quirúrgico y cumplió con los demás requisitos exigidos por la Ley, le confiere el título de:

Médico y Cirujano General

Código ICFES

y le otorga el presente Diploma que lo acredita como tal, refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.

Bogotá, D.C. 16 de Enero de 2003

No. 4229

El Rector

El Decano

El Secretario

Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 332

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 14 del mes de Enero de 2005, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora de la Fundación, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado, ------ en el cual la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código Número **27074610000110011100**, otorgado por el **ICFES**, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de :

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

A: GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. **79.912.935** de **Santafé de Bogotá, D.C.)**, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. **4229** que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de Septiembre de 2008.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 293121199

PIB
13:40:36

Bogotá DC, 15 de abril del 2026

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) GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79912935:

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 Política 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

Mario Enrique Castro González
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 15 de abril de 2026, a las 08:50:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79912935
Código de Verificación	79912935260318085057

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 aqui registrados.

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:53:22 AM horas del 15/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79912935**

Apellidos y Nombres: **NINO RODRIGUEZ GUILLERMO RAFAEL**

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

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, 18/04/2026 01:43:36 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79912935** y Nombre: **GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ.**

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. **136724860** . 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

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 79912935 **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 18/03/2026 08:55 AM

Código Verificación: **XY3FVCSA28**

Válida hasta: **16/06/2026**

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 15:58:02 horas del 04/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79912935,** Apellidos y Nombres **NINO RODRIGUEZ GUILLERMO RAFAEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE**, con NIT **900186802-3** 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

TEMS
Tribunal de Ética Médica de Santander

EL SUSCRITO SECRETARIO JURÍDICO DEL TRIBUNAL DE ETICA MÉDICA

SECCIONAL SANTANDER

HACE CONSTAR:

Que revisados los archivos del Tribunal de Etica Medica de Santander correspondiente a los últimos cinco (5) años, el Doctor **GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ,** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.912.935 expedida en Bogotá y Tarjeta Profesional No. 14330/2005 del Ministerio de la Protección Social, no ha sido sancionado por esta Seccional.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, en Bucaramanga a los seis (06) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026).

TRIBUNAL DE ETICA MEDICA
SECCIONAL SANTANDER
SECRETARIO JURIDICO

DIEGO MAURICIO MOJICA RAMÓN
Secretario Jurídico

APREHSI Group

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DE
APREHSI GROUP S.A.S
NIT: 900.033.859-6

CERTIFICA QUE:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadania No. **79.912.935**, labora en nuestra empresa **APREHSI GROUP S.A.S.**, por medio de un contrato de **ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, desempeñándose como **MÉDICO GENERAL**, desde el 21 de enero de 2024 hasta la fecha.

Se expide a solicitud del interesado para los fines que se crea convenientes en la ciudad de Valledupar, a los 24 días del mes de octubre del año 2024.

--

Formalmente,

WENDY LILIANA DÍAZ BERDUGO
Analista de Contratación
talentohumanomedellin@aprehsigroup.com
3222732561

NIT 830106376-1

LA GERENCIA NACIONAL DE TALENTO HUMANO

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **79.912.935**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **1 de octubre de 2013**, con contrato de trabajo a término indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **MEDICO GENERAL**, con una asignación salarial mensual de **Tres millones seiscientos setenta y dos mil doscientos Pesos M\cte ($ 3.672.200,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte.**

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 16 días del mes de febrero de 2015.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención número PBX. 4926893 - 4926894 - 4926895 Ext. 1701 - 1726.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

MARIA PATRICIA JAIMES OREJARENA
Gerente Nacional de Talento Humano
Corporación Ips Saludcoop

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

MOTICO DE EVALUACION							Pagina 1 de 3
1. INGRESO		3. RETIRO		5. REUBICACION			CIUDAD: SOCORRO
2. PERIODICO		4. CALIFICACION		6. OTRO			DEPARTAMENTO: SANTANDER

Tabla 1 . IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	ACTIVIDAD ECONOMICA
Guillermo Rafael Niño R.	Medicina

Tabla 2 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE Guillermo Rafael Niño Rodriguez		FECHA 05 07 23
IDENTIFICACION CC. 79 912 935	FECHA NACIMIENTO 14 NOV 1977.	EDAD 45 AÑOS
RESIDENCIA Torre d. Monterey B/manga	TELEFONO 301 725 74 28	ESCOLARIDAD COMP. INC PRIMARIA SECUND. TECNICO UNIVER UNIVERSITARIO
ARP: COLMENA.	EPS SANITAS	PP
ESTADO CIVIL: soltero casado UL separado viudo	ESTRATO 1 2 3 4 5 6	HIJOS SI NO NO: 1.
PROFESION Medico		

MOTIVO DE CONSULTA	Examen Medico Ocupacional de ingreso
ENFERMEDAD ACTUAL	asintomatico
RXS	NO.

Tabla 3 INFORMACION OCUPACIONAL

22. ANTIGUEDAD DE LA EMPRESA (MESES) 10 años.	23. NOMBRE DEL CARGO ACTUAL Medico	24. ANTIGUEDAD EN MESES EN CARGO 10 años.
25. SECCION Sede Socorro	26. TURNO DIURNO NOCTURNO ROTATIVO	
27. DESCRIPCION DE CARGO Atencion Tmos Hospitalarios, Medicina Particular.		
28. LAS ACTIVIDADES LAS REALIZA: SENTADO DE PIE INCLINADO ARRODILLADO CAMINANDO OTRA CUAL	29. ACCIONES QUE REALIZA : ALCANZAR HALAR EMPUJAR LEVANTAR ARRASTRAR OTRO:	
30. EQUIPOS O HERRAMIENTAS UTILIZADAS Computador	31. MATERIAS PRIMAS O ISMOS UTILIZADOS Documentos Dinero Otros:	

Tabla 4 Exposicion FACTORES DE RIESGO 36 ANTERIORES 37 ACTUALES

EMPRESA	FACTOR DE RIESGO								TIPO DE RIESGO	CARGO	TIEMPO	EPP
	F	Q	B	ERG	MEC	PSC	ELEC	OT				
Independiente.			X	X		X				Medico	10 años	

OBSERVACIONES

F: FISICO Q:QUIMICO B:BIOLOGICO ERG: ERGONOMICO MEC MECANISMOS PSC:PSICOSOCIAL ELEC:ELECTRIC OT:OTROS

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791

Tabla 5 USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

32. EN EL CARGO O EMPRESA ANTERIOR	SI	33. ACTUAL (EXAMEN PERIODICO): SI	NO	CASCO	GAFAS	TAPABOCAS	RESPIRAD	
	NO	PROTECTORES AUDITIVOS	OVEROL	GUANTES	BOTAS	OTROS		
34. LE SON DE UTILIDAD?		35.¿ LOS CONSIDERA ADECUADOS?			36. CUALES DEBERIA RECIBIR:			

TABLA 6 HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO? SI NO

	FECHA	EMPRESA	CAUSA	TIPO DE LESION	PARTE AFECTADA	DIAS INCAP	SECUELAS
1							
2							

TABLA 7. HA SUFRIDO ENFERMEDAD PROFESIONAL ? SI NO

	FECHA	EMPRESA	DIAGNOSTICO	INDEMNISACION	REUBICACION?
1					
2					

TABLA 8 ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE	PARENTESCO		SI	NO	NO SABE	PARENTESCO
HTA					CANCER				
DM					ENF. MENTAL				
OTROS									

TABLA 9 ANTECEDENTES PERSONALES Sobrepeso, Riesgo de hipertensión Arterial.

ANTECEDENTE	SI	NO		ANTECEDENTE	SI	NO	
RCV: HTA ECV				TR: ASMA			
TGI: GASTRITIS				NEUROLOGICO			
VERTIGO				ALERGICOS	X		Meto de tramida.
ALERGIAS				SIST. OSTEOMUSCULAR			
DERMATITIS				LUMBAGO			
				STC TENDINITIS			

ANTECEDENTES O ANTEC QUIRURGICOS fecha
apendicectomia

ANTECEDENTES TRAUMATICOS
LESION _____ CAUSA _____

SECUELAS

INMUNIZACION	HEPATITIS	TETANOS	FIEBRE AMARILLA	OTROS
	FECHA: 2017. DOSIS: 3 dosis.	FECHA: _____ (+) DOSIS: _____	FECHA: _____ (+) DOSIS: _____	CUAL: _____

FUMA	EX FUMADOR	AÑOS DE SUSPENSION DEL HABITO	AÑOS DE FUMADOR	CIGARRILLOS / DIAS
INGESTA LICOR SI ☐ NO ☒		Deporte : Futbol basquetbol caminata otro 00 Transporte : moto publico automovil otro:		

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791

TABLA 10 GINO - OBSTETRICOS

MENARQUIA	CICLOS	FUM	DISMENORREA SI ☐ NO ☐	
PARIDAD G P A C E M V		FPP		PLANIFICACION SI ☐ NO ☐
METODO	CITOLOGIA ULTIMO AÑO SI NO	FECHA		RESULTADO

EXAMEN FISICO

160/80 140/80

PESO 82 Kg TALLA 1.70 TA 130/80 FC 70 FR 18 DIESTRO (X) ZURDO ( ) Ambiestro ( )

ORGANO	N	AN	HALLAZGO	ORGANO	N	AN	HALLAZGO
CABEZA	/			PULMONES	/		
OJOS	/			CARDIACO	/		
OIDOS	/			ABDOMEN	/		
NARIZ	/			HERNIAS	/		
BOCA	/			COLUMNA	/		LASAGUE (—)
DENTADURA	/			MIEMBROS SUP	/		TINOALL
AMIGDALAS	/			MIEMBROS INF	/		Longitud MI MD
PIEL	/			GENITALES	/		
CUELLO	/			NEUROLOGICO	/		
OBSERVACIONES							

TABLA 11 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN	N	AN	RESULTADO	EXAMEN	N	AN	RESULTADO	EXAMEN	N	AN	R
GLICEMIA		/		AUDIOMETRIA		/				/	
COLESTEROL				VISIOMETRIA							
TRIGLICERIDOS	/			ESPIROMETRIA	/						

DIAGNOSTICOS	Sobrepeso - Riesgo Hipertension Arterial.
Restricciones	No relacionadas con la labor ND
	Relacionadas con la labor ND
Recomendaciones	Estilos de vida saludable, dieta y ejercicio dieta baja en sal.

tabla 12 CLASIFICAION DE APTITUD: Examen Pendio Sin lectyicación, con Patologia origen comun

APTO		REQUIERE REVALORACION	EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO	SI	NO
NO APTO			EXAMEN DE EGRESO NORMAL	SI	NO
EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN			EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA OCUPACIONAL		

Leonardo Aguilar Galvis
Medico y Cirujano R.M. 1282-33
LEONARDO AGUILAR GALVIS MD SO
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 0246-6201

TRABAJADOR CC 79.912.935

Realizo la historia clinica ocupacional y que tiene a cargo su custodia

MEDICAL ARMONY, LTDA.

NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No. 14 - 61
7274987 - 7272791

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

MOTIVO DE EVALUACIÓN						Pagina 1 de 4
1. INGRESO		3. RETIRO		5. REUBICACION		CIUDAD: SOCORRO
2.PERIODICO	A	4. CALIFICACION		6. OTRO		DEPARTAMENTO: SANTANDER 68

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Guillermo Rafael NIÑO R.	ACTIVIDAD ECONOMICA: Medicina.

2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE: GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ		FECHA: 05 07 23
IDENTIFICACION: CC. 79. 912 935	FECHA NACIMIETO: 14 NOV 1977.	EDAD: 45 AÑOS
RESIDENCIA: Torre de Monte Rey s/manga	TELEFONO: 301 7257428.	ESCOLARIDAD COMP INC PRIMARIA, SECUNDARIA, UNIVERSITARIA, TECNICO.
ARP: COLMENA	EPS: SANITAS	FP
ESTADO CIVIL: SOLTERO, CASADO, UL, SEPARADO, VIUDO	ESTRATO 1 2 3 4 5 6	HIJOS SI NO No: 1
DIAGNOSTICOS: Cargo: Medico		
Actividad: Atención Consulta Medica, turnos rotatenos.		

RESTRICCIONES NO RELACIONADAS CON LA OCUPACION	NO
RESTRICCIONES RELACIONADAS CON LA OCUPACION	NO.
RECOMENDACIONES	control tensión arterial una vez al mes. Bajar SK, Estilos de vida saludable, dieta y ejercicio, actualidad.

Examen perdido sin restricción con patología de origen comun.

3. EMPRESA QUE REALIZO LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y QUIEN TIENE A CARGO SU CUSTODIA

MEDICAL ARMONY CALLE 13 # 14 - 61 7274987 DRA. LUZ ALBA DUARTE GALVIS

CLASIFICACIÓN DE APTITUD

APTO	X	REQUIERE VALORACION: SI NO	EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO SI NO
NO APTO			EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI NO
EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN			EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA OCUPACIONAL

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 125[illegible]
Esp. Salud Ocupacional

LEONARDO [illegible] 02/06/2015 VIS MD, SC

TRABAJADOR CC. 79. 912. 935

Email: medicalarmony@hotmail.com

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ

C.C. - No. 79912935

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de agosto del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICA

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ

C.C. - No. 79912935

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI CLINICO)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de agosto del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICA

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ

C.C. - No. 79912935

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA EL PACIENTE DONANTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) Horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (01) días del mes de agosto del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICA

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ

C.C. - No. 79912935

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de veinte (20) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (07) días del mes de mayo del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ

C.C. - No. 79912935

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (07) días del mes de mayo del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GUILLERMO RAFAEL NIÑO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadania **79.912.935**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79912935
NOMBRES	GUILLERMO RAFAEL
APELLIDOS	NIÑO RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	SAN GIL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/07/2026 14:41:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,