

Florencia, Caquetá.

Doctor:

**LUIS FRANCISCO RUIZ AGILAR**

Gobernador del Departamento del Caquetá

Ciudad

## **ASUNTO: PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**

**Ana Milena Ramírez Coral**, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cedula de ciudadanía número 1.085.932.180 expedida en Ipiales Nariño, mediante el presente escrito comedidamente me permito presentar oferta para prestar los servicios profesionales en la secretaría de salud departamental del Caquetá.

## **OBJETO GENERAL DE LA PROPUESTA**

“PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LIDERAR, VERIFICAR Y VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL COMPONENTE DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD Y BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA JUNTO CON EL EQUIPO DE VERIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETÁ”

## **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:**

El contratista asumirá las siguientes obligaciones:

- a) Apoyar en la planeación y presentar al supervisor la propuesta de cronograma de visitas de verificación según listado de prestadores suministrados por el Ministerio de salud, así mismo las vistas de asistencias técnicas, visitas previas de habilitación y búsquedas activas.
- b) Apoyar en la notificación a los prestadores y la asistencia técnica en estándares de habilitación en acompañamiento del equipo de verificación al 100% de los prestadores de servicios de salud que lo soliciten o requieran.
- c) Apoyar en la planeación y desarrollo de las visitas de habilitación y de Inspección, vigilancia y control que se realicen a los prestadores de servicios de salud cuando sea requerido por el supervisor y entregar las

- d) Entregar las actas de las visitas que deban ser derivadas a proceso sancionatorio dentro de los 5 primeros días siguientes a la culminación de cada mes.
- e) Apoyar proyección de reporte trimestral dirigido a los 16 municipios, los prestadores de servicios de salud que se encuentren registrados en el REPS de acuerdo al artículo 2.5.1.3.2.10 del decreto 780 de 2016.
- f) Apoyar en la elaboración, recepción, análisis y consolidación las actas de búsqueda activa realizadas en los Municipios del Departamento.
- g) Realizar el respectivo proceso administrativo previo, requerido para la ejecución de las respectivas visitas de auditoría, verificación de las condiciones de habilitación y de inspección, vigilancia y control a toda la clase de prestadores (I.P.S, Profesionales Independientes, Transporte especial de Pacientes, Objeto Social Diferente a la Prestación de Salud).
- h) Presentar un informe mensual consolidando; las visitas de verificación, visitas previas, visitas de revocatoria, visitas de reactivación, visitas de IVC, búsquedas activas, y todas las actividades relacionadas con las funciones contractuales.
- i) Participar en las reuniones de verificación del proceso sancionatorio y revisión de prestadores que se encuentren en proceso de investigación, medidas sancionatorias, entre otras.
- j) Apoyar a la Dirección cuando esta lo requiera y sea relacionado con el objeto contractual y situaciones derivados del mismo.
- k) Apoyar en la actualización de los manuales de procesos y procedimientos del área de la dirección técnica desarrollo de servicios cada que se requiera.
- l) Articular y coadyuvar en la proyección de las respuestas oportuna y dentro de los términos establecidos en la ley, a las peticiones, quejas, reclamos realizados por los usuarios que le sean asignados por el director del área.
- m) Entregar el archivo derivado de las actividades realizadas, debidamente foliado y organizado.

#### **OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:**

- a. Suscribir el Acta de Inicio del contrato.
- b. Cumplir con el objeto del Contrato en los términos pactados.
- c. Cumplir con las características técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas.
- d. Informar oportunamente (dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes) al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.
- e. Deberá pagar los impuestos a que dé lugar.
- f. Permitir al supervisor asignado por la entidad o interventor según aplique, realizar la inspección del contrato y ejecutar a su costa los cambios y modificaciones que sean necesarios para el cumplimiento del contrato.
- g. Presentar y mantener vigentes las garantías exigidas.

- h. Cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), lo cual deberá acreditar debidamente para iniciar la ejecución del contrato, ejecutar el mismo y para hacer efectivo el pago.
- i. El contratista deberá realizar la entrega de soportes como informes, fotográficas que se generen en el transcurso de la ejecución del contrato.
- j. Suscribir el Acta de Liquidación del contrato cuando a ello haya lugar, salvo que por la naturaleza del contrato no sea obligatorio realizarlo.
- k. Las demás que deriven de la ejecución contractual.

### **PLAZO**

El plazo de ejecución del contrato serán 6 meses contado a partir de la legalización de este y suscripción del Acta de Inicio por EL CONTRATISTA y el supervisor del contrato, previo registro presupuestal y aprobación de las garantías.

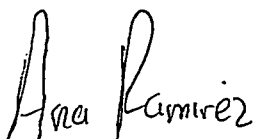
### **VALOR DEL CONTRATO**

El valor del presente contrato asciende a la suma de **TREINTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$33.600.000) M/CTE.** los cuales se cancelará así: seis pagos proporcionales a la entrega de los informes que contengan los productos a cargo del contratista, cada uno por valor de CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$5.600.000) moneda legal, previa presentación de la factura equivalente por parte del CONTRATISTA.

### **LUGAR DE EJECUCION**

El objeto y obligaciones del contrato se ejecutarán en las instalaciones de la secretaria de Salud Departamental en la ciudad de Florencia Caquetá y se tendrá como domicilio contractual la ciudad de Florencia.

Cordialmente,



**ANA MILENA RAMIREZ CORAL**

C.C. No. 1.085.932.180 de Ipiales

TEL:3207540289

Correo: anaramirezcoral@gmail.com



## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>RAMIREZ                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CORAL                                                                                                                              | NOMBRES<br>ANA MILENA                                                                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1085932180 | GÉNERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                        | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               | NÚMERO                                                                                                                                                               | D.M.                                                                                   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA 25 MES 05 AÑO 1993<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO NARIÑO<br>MUNICIPIO IPIALES                     | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 5 Tª 12-51 CASA<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ<br>MUNICIPIO FLORENCIA<br>TELÉFONO 3207540289 EMAIL anaramirezcoral@gmail.com |                                                                                        |

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |     |                 |     |                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----|-----------------|-----|-------------------|--|
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b><br>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 |     | BÁSICA SECUNDARIA |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |     |                   |  |
| 1º                                                                                                                                                                                                | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º   | MES | 03              | AÑO | 2010              |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |          |    |                                                                |             |      |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|----|----------------------------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
| <b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b><br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br>TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)<br>ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)<br>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  |                            |
| POSTGRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD | 04          | 2019 |                            |
| PREGRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 10                      | X        |    | BACTERIOLOGIA                                                  | 07          | 2015 |                            |

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 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 |
|             |           |                 |          |    |                                            |             |     |

4

### 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 |    |

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<br>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL |  |                                                      |    | PÚBLICA      |    | PRIVADA<br>X |      | PAÍS<br>COLOMBIA                               |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                               |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3207540289                                |  | FECHA DE INGRESO                                     |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                                |    |     |    |     |      |
|                                                        |  | Día                                                  | 20 | Mes          | 03 | Año          | 2025 | Día                                            | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ACREDITACION Y HABILITACION |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE PRESTACION SERVICIOS DE SALUD |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 Carrera 13 Barrio Centro |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                             |  |                                                      |    |              |    |              |      |                                                |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA            |  |                                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA      |      | PAÍS<br>COLOMBIA                               |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                               |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2307540289                                |  | FECHA DE INGRESO                                     |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                                |    |     |    |     |      |
|                                                        |  | Día                                                  | 12 | Mes          | 08 | Año          | 2024 | Día                                            | 28 | Mes | 02 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>LIDER HABILITACION PAMEC    |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS        |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 CARRERA 13.              |    |     |    |     |      |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                    |     |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                   |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                                 |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3207540289                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                                                    | 23           | Mes | 02      | Año | 2024                               | Día | 29 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>LIDER HABILITACION PAMEC       |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 CARRERA 13   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                   |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                                 |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3207540289                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                                                    | 16           | Mes | 01      | Año | 2023                               | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL APOYO HABILITACION |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 CARRERA 13   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                   |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                                 |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2307540289                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                                                    | 05           | Mes | 01      | Año | 2022                               | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL APOYO HABILITACION |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 CARRERA 13   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                   |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                                 |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3207540289                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                                                    | 27           | Mes | 04      | Año | 2021                               | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL APOYO HABILITACION |  |  | DEPENDENCIA<br>DESARROLLO SERVICIOS SALUD              |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 CARRERA 13   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                   |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                                 |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                                                    | 02           | Mes | 09      | Año | 2020                               | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01 |  |  | DEPENDENCIA<br>PRESTACION DE SERVICIOS SSD             |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 13E 0 centro |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |                                               |    |              |    |                            |                                 |                  |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|----|--------------|----|----------------------------|---------------------------------|------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |                                 | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                     |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    |                            | FECHA DE RETIRO                 |                  |    |     |    |     |      |
|                                             |  | Día                                           | 15 | Mes          | 04 | Año                        | 2020                            | Día              | 30 | Mes | 06 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  | DEPENDENCIA<br>PRESTACION DE SERVICIOS        |    |              |    |                            | DIRECCIÓN<br>cra 13 # 1183      |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |                                               |    |              |    |                            |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |                                 | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                     |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    |                            | FECHA DE RETIRO                 |                  |    |     |    |     |      |
|                                             |  | Día                                           | 26 | Mes          | 02 | Año                        | 2019                            | Día              | 30 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  | DEPENDENCIA<br>AREA PRESTACION DE SERVICIOS   |    |              |    |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE 18 N 8 80    |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |                                               |    |              |    |                            |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |                                 | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                     |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    |                            | FECHA DE RETIRO                 |                  |    |     |    |     |      |
|                                             |  | Día                                           | 23 | Mes          | 01 | Año                        | 2018                            | Día              | 30 | Mes | 12 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  | DEPENDENCIA<br>AREA SALUD PUBLICA             |    |              |    |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE 18 N 8 80    |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |                                               |    |              |    |                            |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |                                 | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                     |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    |                            | FECHA DE RETIRO                 |                  |    |     |    |     |      |
|                                             |  | Día                                           | 18 | Mes          | 08 | Año                        | 2017                            | Día              | 30 | Mes | 12 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  | DEPENDENCIA<br>DESARROLLO SECRETARIA DE SALUD |    |              |    |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE - 13 esquina |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |                                               |    |              |    |                            |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |                                 | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                     |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                 |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    |                            | FECHA DE RETIRO                 |                  |    |     |    |     |      |
|                                             |  | Día                                           | 10 | Mes          | 03 | Año                        | 2017                            | Día              | 09 | Mes | 05 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  | DEPENDENCIA<br>AREA EN SALUD PUBLICA          |    |              |    |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE 18 N ° 8-80  |                  |    |     |    |     |      |



# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                         |  |  |                                               |              |     |         |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|---------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA                        |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                            |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                    |  |  | Día                                           | 11           | Mes | 11      | Año | 2016                            | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                             |  |  | DEPENDENCIA<br>DESARROLLO SECRETARIA DE SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE - 13 esquina |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                         |  |  |                                               |              |     |         |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                            |  |  | MUNICIPIO<br>LA MONTAÑITA                     |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4300092                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                    |  |  | Día                                           | 02           | Mes | 09      | Año | 2015                            | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                             |  |  | DEPENDENCIA<br>LABORATORIO CLINICO            |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>cra 6a Nª          |     |    |     |    |     |      |

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          |      |  |      |  |      |  |

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            | 3                     | 5     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 9     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 3                     | 8     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |



## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Florencia 07-07-2026.

Ana Ramirez

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



Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                     |  |                                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>RAMIREZ                                                                                                              |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CORAL                                                                                                                             |  | NOMBRES<br>ANA MILENA                                                                  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1085932180 |  | GÉNERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                       |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                              |  | NÚMERO                                                                                                                                                              |  | D.M.                                                                                   |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA 25 MES 05 AÑO 1993<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO NARIÑO<br>MUNICIPIO IPIALES                    |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 5Tª 12-51 CASA<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ<br>MUNICIPIO FLORENCIA<br>TELÉFONO 3207540289 EMAIL anaramirezcoral@gmail.com |  |                                                                                        |  |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                 |     |                   |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-----------------|-----|-------------------|-----|------|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA<br>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 |     | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |
| PRIMARIA                                                                                                                                                                                  |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA           |     | FECHA DE GRADO    |     |      |
| 1º                                                                                                                                                                                        | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º             | MES | 03                | AÑO | 2010 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |          |    |                                                                |             |      |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|----|----------------------------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)<br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br>TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)<br>ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)<br>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  |                            |
| POSTGRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD | 04          | 2019 |                            |
| PREGRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10                      | X        |    | BACTERIOLOGIA                                                  | 07          | 2015 |                            |

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRÍCTO 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

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 |    |

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<br>SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL |  |                                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA<br>X |                                                          | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                               |    |              |    |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                               |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>3207540289                                |  | FECHA DE INGRESO                                     |    |              |    |              | FECHA DE RETIRO                                          |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
|                                                        |  | Día                                                  | 19 | Mes          | 03 | Año          | 2025                                                     | Día              | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ACREDITACION Y HABILITACION |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE PRESTACION SERVICIOS DE SALUD |    |              |    |              | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 null null Carrera 13 Barrio Centro |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                             |  |                                                      |    |              |    |              |                                                          |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA            |  |                                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA      |                                                          | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                                |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                               |    |              |    |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                               |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>2307540289                                |  | FECHA DE INGRESO                                     |    |              |    |              | FECHA DE RETIRO                                          |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
|                                                        |  | Día                                                  | 12 | Mes          | 08 | Año          | 2024                                                     | Día              | 28 | Mes | 02 | Año | 2025 |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>LIDER HABILITACION PAMEC    |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS        |    |              |    |              | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 null null CARRERA 13               |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |

**FORMATO ÚNICO**

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

|                                                                  |  |  |                                                               |                     |            |                |            |                                                   |            |    |            |    |            |      |
|------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------|---------------------|------------|----------------|------------|---------------------------------------------------|------------|----|------------|----|------------|------|
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                |  |  |                                                               |                     |            |                |            |                                                   |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                               | <b>PÚBLICA</b><br>X |            | <b>PRIVADA</b> |            | <b>PAÍS</b><br>COLOMBIA                           |            |    |            |    |            |      |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>CAQUETA                                   |  |  | <b>MUNICIPIO</b><br>FLORENCIA                                 |                     |            |                |            | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>                 |            |    |            |    |            |      |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3207540289                                   |  |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                       |                     |            |                |            | <b>FECHA DE RETIRO</b>                            |            |    |            |    |            |      |
|                                                                  |  |  | <i>Día</i>                                                    | 23                  | <i>Mes</i> | 02             | <i>Año</i> | 2024                                              | <i>Día</i> | 29 | <i>Mes</i> | 06 | <i>Año</i> | 2024 |
| <b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b><br>LIDER HABILITACION PAMEC       |  |  | <b>DEPENDENCIA</b><br>DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS          |                     |            |                |            | <b>DIRECCIÓN</b><br>CALLE 15 null null CARRERA 13 |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                |  |  |                                                               |                     |            |                |            |                                                   |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                               | <b>PÚBLICA</b><br>X |            | <b>PRIVADA</b> |            | <b>PAÍS</b><br>COLOMBIA                           |            |    |            |    |            |      |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>CAQUETA                                   |  |  | <b>MUNICIPIO</b><br>FLORENCIA                                 |                     |            |                |            | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>                 |            |    |            |    |            |      |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3207540289                                   |  |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                       |                     |            |                |            | <b>FECHA DE RETIRO</b>                            |            |    |            |    |            |      |
|                                                                  |  |  | <i>Día</i>                                                    | 16                  | <i>Mes</i> | 01             | <i>Año</i> | 2023                                              | <i>Día</i> | 30 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2023 |
| <b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b><br>PROFESIONAL APOYO HABILITACION |  |  | <b>DEPENDENCIA</b><br>DIRECCION DESARROLLO SERVICIOS          |                     |            |                |            | <b>DIRECCIÓN</b><br>CALLE 15 null null CARRERA 13 |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                |  |  |                                                               |                     |            |                |            |                                                   |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                               | <b>PÚBLICA</b><br>X |            | <b>PRIVADA</b> |            | <b>PAÍS</b><br>COLOMBIA                           |            |    |            |    |            |      |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>CAQUETA                                   |  |  | <b>MUNICIPIO</b><br>FLORENCIA                                 |                     |            |                |            | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>                 |            |    |            |    |            |      |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3207540289                                   |  |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                       |                     |            |                |            | <b>FECHA DE RETIRO</b>                            |            |    |            |    |            |      |
|                                                                  |  |  | <i>Día</i>                                                    | 05                  | <i>Mes</i> | 01             | <i>Año</i> | 2022                                              | <i>Día</i> | 30 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2022 |
| <b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b><br>PROFESIONAL APOYO HABILITACION |  |  | <b>DEPENDENCIA</b><br>DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE |                     |            |                |            | <b>DIRECCIÓN</b><br>CALLE 15 null null CARRERA 13 |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                |  |  |                                                               |                     |            |                |            |                                                   |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                               | <b>PÚBLICA</b><br>X |            | <b>PRIVADA</b> |            | <b>PAÍS</b><br>COLOMBIA                           |            |    |            |    |            |      |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>CAQUETA                                   |  |  | <b>MUNICIPIO</b><br>FLORENCIA                                 |                     |            |                |            | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>                 |            |    |            |    |            |      |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3207540289                                   |  |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                       |                     |            |                |            | <b>FECHA DE RETIRO</b>                            |            |    |            |    |            |      |
|                                                                  |  |  | <i>Día</i>                                                    | 27                  | <i>Mes</i> | 04             | <i>Año</i> | 2021                                              | <i>Día</i> | 30 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2021 |
| <b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b><br>PROFESIONAL APOYO HABILITACION |  |  | <b>DEPENDENCIA</b><br>DESARROLLO SERVICIOS SALUD              |                     |            |                |            | <b>DIRECCIÓN</b><br>CALLE 15 null null CARRERA 13 |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>                                |  |  |                                                               |                     |            |                |            |                                                   |            |    |            |    |            |      |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>GOBERNACION DE CAQUETA               |  |  |                                                               | <b>PÚBLICA</b><br>X |            | <b>PRIVADA</b> |            | <b>PAÍS</b><br>COLOMBIA                           |            |    |            |    |            |      |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>CAQUETA                                   |  |  | <b>MUNICIPIO</b><br>FLORENCIA                                 |                     |            |                |            | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>                 |            |    |            |    |            |      |
| <b>TELÉFONOS</b><br>4352160                                      |  |  | <b>FECHA DE INGRESO</b>                                       |                     |            |                |            | <b>FECHA DE RETIRO</b>                            |            |    |            |    |            |      |
|                                                                  |  |  | <i>Día</i>                                                    | 02                  | <i>Mes</i> | 09             | <i>Año</i> | 2020                                              | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2020 |
| <b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b><br>TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01 |  |  | <b>DEPENDENCIA</b><br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS SSD             |                     |            |                |            | <b>DIRECCIÓN</b><br>CALLE 15 13E 0 centro         |            |    |            |    |            |      |

**FORMATO ÚNICO**

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |  |                                               |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|-----------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                     |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                             |  |  | Día                                           | 15           | Mes | 04      | Año | 2020                                    | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  |  | DEPENDENCIA<br>PRESTACION DE SERVICIOS        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>cra 13 # 1183              |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |  |                                               |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                     |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                             |  |  | Día                                           | 26           | Mes | 02      | Año | 2019                                    | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA PRESTACION DE SERVICIOS   |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 18N 8 80             |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |  |                                               |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                     |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                             |  |  | Día                                           | 23           | Mes | 01      | Año | 2018                                    | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA SALUD PUBLICA             |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 18N 8 80             |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |  |                                               |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                     |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                             |  |  | Día                                           | 18           | Mes | 08      | Año | 2017                                    | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  |  | DEPENDENCIA<br>DESARROLLO SECRETARIA DE SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE null 13 null esquina |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |  |                                               |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                     |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                             |  |  | Día                                           | 10           | Mes | 03      | Año | 2017                                    | Día | 09 | Mes | 05 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA EN SALUD PUBLICA          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 18N * 8 -80          |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                  |  |  |                                               |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|-----------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CAQUETA |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                     |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4352160                        |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                             |  |  | Día                                           | 11           | Mes | 11      | Año | 2016                                    | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA      |  |  | DEPENDENCIA<br>DESARROLLO SECRETARIA DE SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE null 13 null esquina |     |    |     |    |     |      |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                         |  |  |                                    |              |     |         |     |                            |     |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA |  |  |                                    | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETA                                            |  |  | MUNICIPIO<br>LA MONTAÑA            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4300092                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                   |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                    |  |  | Día                                | 02           | Mes | 09      | Año | 2015                       | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                             |  |  | DEPENDENCIA<br>LABORATORIO CLINICO |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>cra 6a N°     |     |    |     |    |     |      |

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          |      |  |      |  |      |  |

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            | 3                     | 5     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 9     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 3                     | 8     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

*Ana Ramirez*

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.932.180  
RAMIREZ CORAL

APellidos  
ANA MILENA

NOMBRES

*Ana Milena Ramirez C*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1993  
IPIALES  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-JUL-2011 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES



P-2306700-00346478-F-1085932180-20111118

0028506500A 1

36755228



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 jueves 18 de junio de 2026, a las 14:11:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1085932180             |
| Código de Verificación | 1085932180260618141126 |

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



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 298098519**



PIB

14:15:46

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de junio 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) ANA MILENA RAMIREZ CORAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085932180:

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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Phx 5878750  
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:13:45 PM horas del 18/06/2026, el ciudadano identificado con

Cédula de Ciudadanía N° 1085932180

Apellidos y Nombres: RAMIREZ CORAL ANA MILENA

**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.

## 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 14:20:13 horas del 18/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085932180**, Apellidos y Nombres **RAMIREZ CORAL ANA MILENA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **GOBERNACION CAQUETA**, con NIT **800091594-4** 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>



## 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, 18/06/2026 02:23:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1085932180** y Nombre: **ANA MILENA RAMIREZ CORAL.**

## 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. **142321240** . 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 Búsqueda

Imprimir



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21.  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





# Colegio Nacional de Bacteriología

Bogotá, 01 de junio 2026

Señores  
GOBERNACION DEL CAQUETA  
E.S.D.

## REFERENCIA: CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES EJERCICIO PROFESIONAL

El Colegio Nacional de Bacteriología CNB en Colombia ha sido delegado para el ejercicio de funciones públicas por el MSPS a través de la Resolución 721 de marzo 11 de 2015 por lo tanto asumió a partir del 1 de junio de 2015 las funciones correspondientes al Registro Único Nacional del Talento Humano en salud.

En el marco de la Ley 841 de 2003 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión, se dicta el Código de Bioética y otras disposiciones, el CNB Colombia, certifica que en su base de datos que **ANA MILENA RAMIREZ CORAL** identificada con C.C.1.085.932.180 no tiene registro de antecedentes en el ejercicio de su profesión.

Cordialmente,

Marlene Vélez De La Vega  
Presidenta CNB  
Elab LMUBAJCNB



PBX (57-11 755 2977



sedenacional@cnbcolombia.org



Cra. 15 Bis A No 33 - 03 Bogotá

*¡El cambio lo hacemos todos!*



**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 1085932180 **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 18/06/2026 02:30 PM



Código Verificación: **ZRNGB6U3SV**

Válida hasta: **16/09/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Formulario del Registro Único Tributario        |                                                             | 001                                                                                                                                           |                            |
| 2. Concepto 1 3 Actualización de oficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                 |                                                             | 4. Número de formulario 141091273781                                                                                                          |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                 |                                                             | <br>(415)7707212489984(8020) 000014109127378 1              |                            |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 0 8 5 9 3 2 1 8 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 6. DV<br>7                                      | 12. Dirección seccional<br>Impuestos y Aduanas de Florencia |                                                                                                                                               | 14. Buzón electrónico<br>8 |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía   | 26. Número de Identificación<br>1 0 8 5 9 3 2 1 8 0         |                                                                                                                                               |                            |
| 28. País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 29. Departamento<br>Cauquetá                    |                                                             | 30. Ciudad/Municipio<br>Florencia                                                                                                             |                            |
| 31. Primer apellido<br>RAMIREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 32. Segundo apellido<br>CORAL                   |                                                             | 33. Primer nombre<br>ANA                                                                                                                      |                            |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 34. Otros nombres<br>MILENA                     |                                                             | 0 0 1                                                                                                                                         |                            |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 38. País<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 39. Departamento<br>Cauquetá                    |                                                             | 40. Ciudad/Municipio<br>Florencia                                                                                                             |                            |
| 41. Dirección principal<br>CR 5 ESTE N 12 A 03 BRR ALTOS PRADERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 42. Correo electrónico ana.ramirez.93@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 44. Teléfono<br>3 2 0 7 5 4 0 2 8 9             |                                                             | 45. Teléfono 2<br>3 1 4 4 7 1 8 9 7 7                                                                                                         |                            |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                 |                                                             | Ocupación                                                                                                                                     |                            |
| 46. Código<br>0 0 1 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 7, 0 1, 0 2 |                                                             | 51. Código                                                                                                                                    |                            |
| 48. Código<br>7 4 9 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 49. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 5, 0 9, 0 2 |                                                             | 52. Número establecimientos                                                                                                                   |                            |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 53. Código 5 4 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                 |                                                             | Exportadores                                                                                                                                  |                            |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                 |                                                             | 55. Forma                                                                                                                                     |                            |
| 56. Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                 |                                                             | Servicio                                                                                                                                      |                            |
| 57. Modo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                 |                                                             | 1 2 3                                                                                                                                         |                            |
| 58. CPC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                            |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 60. No. de Folios: 0                            |                                                             | 61. Fecha 2024-08-03 / 12:37:29AM                                                                                                             |                            |
| 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.<br>Firma del solicitante: |  |                                                 |                                                             | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.<br>Firma autorizada:<br><br>984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA<br>985. Cargo |                            |

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD  
BACTERIÓLOGA

COLEGIO NACIONAL  
DE BACTERIOLOGÍA  
CNS - COLOMBIA



ANA MILENA RAMIREZ CORAL

C.C. 1.085.932.180

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES  
MANIZALES

Fecha de expedición del diploma: 2015-07-30

Fecha de inscripción en el RENAHIS: 2016-11-16

05041

*Ana M. Ramirez Coral.*

FIRMA TITULAR

"Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1154 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010".

"Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al  
Colegio Nacional de Bacteriología - CNS Colombia.  
Carrera 15 BIS A No 33-03 Tel: 2886084".

*Stella P. Bobina*

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

19/12/2017

Correo: Ana Ramirez - Outlook

La República de Colombia  
y en su nombre, la

# Institución Educativa Mixta "Inmaculada Concepción"

Religiosas Oblatas  
Ipiales - Nariño - Colombia

Aprobada por el Gobierno Departamental,  
según Resolución No. 0-409 de Junio 21 de 2000

Confiere a:

**Ana Milena Ramírez Coral**

Identificada con C.I. No. 93053517632 de Ipiales-Nariño

EL TÍTULO DE:

## Bachiller Académico



Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente  
los estudios correspondientes al nivel  
de Educación Media Académica,  
según los planes y programas vigentes.

*[Firma]*  
Dña. Yolanda E. Chávez A.  
C. de Ext. 197140 de Bogotá  
Rectora

*[Firma]*  
Dña. Teresita de Jesús Guerra A.  
C.C. No. 27.396.593 de Puentes  
Secretaria

Enunciado al Folio No. 222, Libro de Registro No. 1

Dado en Ipiales - Nariño, a los 27 días del mes de Marzo de 2010.



**Institución Educativa Mixta**  
**«INMACULADA CONCEPCION»**  
RELIGIOSAS - OBLATAS  
IPIALES - NARIÑO

INSCRIPCION S.E.: 328024314  
DANE:352358000157

## *Acta Individual de Grado*

En la ciudad de Ipiales, a los veintisiete (27) días del mes de Marzo del año 2010, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los(as) estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA "INMACULADA CONCEPCION", Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Gobernación del Departamento de Nariño, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución N°. 0409 de Junio 21 de 2000.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

**Ana Milena Ramírez Coral**

*Identificada con T.I. No. 93052513632 de Ipiales-Nariño*

Es fiel copia tomada del Acta Original General de Graduación N°. 36, de fecha 27 de Marzo de 2010, que consta de 27 estudiantes, que comienza con el nombre de ARIAS ARIAS MARLON SEBASTIAN y se cierra con el nombre de YANDUN LOPEZ YILMER JHOANY, firmado y sellado por la HNA. YOLANDA E. CHAVEZ A. (Rectora) y HNA. TERESITA DE JESÚS GUERRA A. (Secretaria).

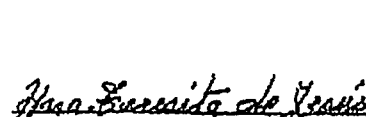
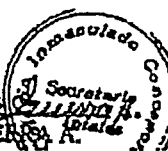
Dada en Ipiales, a los veintisiete (27) días del mes de Marzo del año 2010.

Firmado y Sellado:

La Rectora

La Secretaria

  
HNA. YOLANDA E. CHAVEZ A.  


  
HNA. TERESITA DE JESÚS GUERRA A.  




La República de Colombia

y en su nombre



# La Universidad Católica de Manizales

Personería Jurídica según Decreto 271 del 19 de junio de 1962 de la Arquidiócesis de Manizales  
y Resolución 03275 del 25 de junio de 1993 del Ministerio de Educación Nacional

Reconociendo que

**Ana Milena Ramírez Coral**

C.C. N° 1.085.932.180 de Ipiales - Nariño

Cursó y aprobó el Plan de Estudios y las Prácticas  
correspondientes al Pregrado, le confiere

el Título de

**Bacterióloga**

SNIES 2016

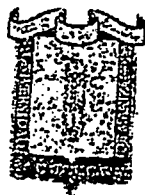
En fe de lo cual firmamos y sellamos este Diploma

Expedido en Manizales a los 30 días del mes de julio del año 2015

H. Florio del C. Torres López  
Rectora

[Firma]  
Secretaría General

Este Diploma queda registrado en el Folio 43-491 del Libro 49 de Actas de Grado  
Manizales, 30 de Julio de 2015  
Sra. General U.C.M.



Universidad  
Católica  
de Manizales

## Acta de Grado

No. 301

En la ciudad de Manizales, el día 30 de julio de 2015, la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES previo juramento reglamentario confirió el título de:

**BACTERIÓLOGA**

A

**ANA MILENA RAMÍREZ CORAL**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1085932180 de Ipiales (Nariño), cumplió con los requisitos académicos establecidos en los reglamentos y normas legales para el otorgamiento del título.

El diploma se encuentra registrado en el Libro de Grado No. 19 Folio 17-491.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado expedida en la ciudad de Manizales, el día 30 de julio de 2015

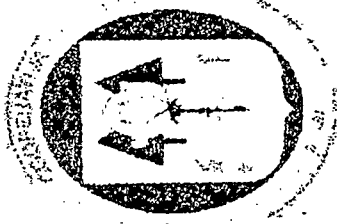
*H. Gloria del C. Torres B. sp*

MGRA. HNA. GLORIA DEL CARMEN TORRES B.  
Rectora

*Catalina Triana Navas*

ABG. CATALINA TRIANA NAVAS  
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD  
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que:

ANAMIRNA LAMIREZ CORAL

con cédula de ciudadanía No. 1.085.932.180 de Iquitos

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos

por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GRUPOS DE LA CULTURA Y LA COMUNIDAD EN EL MUNDO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en

Nóiva el día 12 de Abril de 2019

Director(a) Sede

Rector(a)

Secretaría General

Libro de Registros No. 0030639191

Folio No. 008

Registro No. 0037

Refrendado en

el día 11

de Abril

de 2019

Registro de Diplomas

Alcaldía de Bogotá

Alcaldía de Bogotá

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD  
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional  
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas  
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 06-736-2019

PROGRAMA : ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y  
AUDITORIA EN SALUD  
CODIGO SNIES: 5974  
FECHA GRADO: 12 DE ABRIL DE 2019  
LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS  
NEIVA

En atención a que ANA MILENA RAMIREZ CORAL  
con Cédula de Ciudadanía No 1.085.932 180 de Ipiales  
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título  
de: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Neiva, mediante  
acta No 004 en sesión del día 11 de marzo de 2019.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes Rector(a), Director(a) de  
Campus, Decanatura y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL  
Director(a) de Campus OLGA PATRICIA SANCHEZ RUBIO  
Decanatura: FACULTAD CIENCIAS ECONÓMICAS CONTABLES  
Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Neiva el día 12 DE ABRIL DE 2019

*Gloria Patricia Rave J*  
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS  
Secretario(a) General





UNIVERSIDAD  
COOPERATIVA  
DE COLOMBIA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

QUE

CERTIFICAN

ANA MILENA RAMÍREZ CORAL

C.C 1.085.932.180

Cumplió con las actividades programadas con una intensidad horaria de 154 horas y reunió los demás requisitos exigidos por la normatividad de la universidad, por lo cual se le expide el presente certificado que lo(a) acredita como:

## VERIFICADOR DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

En testimonio de ello se firma en Neiva a los 20 días del mes de febrero de 2019

En desarrollo del acuerdo 024 de mayo 16 de 2007, del Ministerio de Protección Social, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 20 de decreto 1011 de 2006, las resoluciones 077 de enero 17 de 2007, 4883 de diciembre 26 de 2007 del MPS y 2003 de mayo 28 de 2014 MSPS, en cuanto a capacitación y entrenamiento de los profesionales encargados de la verificación.

OLGA PATRICIA SÁNCHEZ RUBIO  
Directora Campus Neiva

MARTHA STELLA CADENA MANJARRES  
Jefe de Registro y Control Académico

Anotado en el folio N° 2 del libro de registro y diplomado N° 2 refrendado en Neiva el día 20 de febrero de 2019



UNIVERSIDAD  
SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD



ACREDITADA EN  
**ALTA CALIDAD**  
Resolución 11237 / 2018 MEN

**CERTIFICAN QUE**

**ANA MILENA RAMÍREZ CORAL**

**C.C. 1.085.932.180**

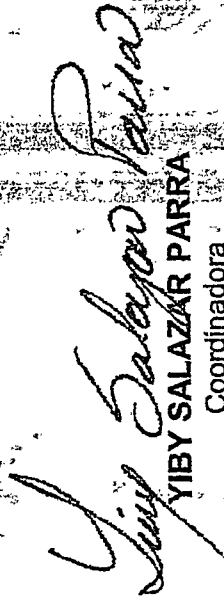
Participó y cumplió con las actividades académicas programadas los días 3, 4 y 5 de julio de 2020, con una intensidad horaria de veinticuatro (24) horas correspondiente a la:

**ACTUALIZACIÓN EN RESOLUCIÓN 3100 / 2010 --VERIFICADORES EN EL SISTEMA  
ÚNICO DE HABILITACIÓN EN SALUD.**

Neiva, 05 de julio de 2020

  
**JULIO CÉSAR QUINTERO VIEDA**

Decano Facultad de Salud

  
**YIBY SALAZAR PARRA**  
Coordinadora

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y BIENESTAR SOCIAL DE LA GOBERNACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ**

**CERTIFICA:**

Que entre la **GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ** identificada con NIT No. **800091594-4** y **ANA MILENA RAMIREZ CORAL**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. **1.085.932.180** de **Ipiales**, suscribió el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. **202400000624**, el cual fue sujeto de Adición y Prorroga según **Otrosí No. 1**, cuyas condiciones se enuncian a continuación, de conformidad con los archivos que reposan en la entidad.

**OBJETO:** PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA ENTIDAD TERRITORIAL EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES DENTRO DEL COMPONENTE DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD, JUNTO CON EL EQUIPO DE VERIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CAQUETÁ.

**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** 08 de agosto de 2024.

**FECHA DE INICIO:** 12 de agosto de 2024

**FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:** 31 de diciembre de 2024.

**FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:** 28 de febrero de 2025.

**VALOR INICIAL:** TREINTA MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS (\$ 30.935.400) M/CTE.

**VALOR FINAL:** CUARENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS (\$ 41.247.200) M/CTE.

**ESTADO:** Ejecutado según certificado del supervisor.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:**

1. Planear y presentar al supervisor la propuesta de cronograma de visitas de verificación según listado de prestadores suministrados por el Ministerio de salud, así mismo las vistas de asistencias técnicas, visitas previas de habilitación y búsquedas activas.
2. Realizar la notificación a los prestadores y la asistencia técnica en estándares de habilitación en acompañamiento del equipo de verificación al 100% de los prestadores de servicios de salud que lo soliciten o requieran.
3. Realizar en acompañamiento del equipo a los prestadores de servicios de salud del departamento del Caquetá las visitas de Inspección, vigilancia y control de las condiciones mínimas de habilitación según cronograma aprobado por el supervisor.
4. Apoyar proyección de reporte trimestral dirigido a los 16 municipios, los prestadores de servicios de salud que se encuentren registrados en el REPS de acuerdo al artículo 2.5.1.3.2.10 del decreto 780 de 2016. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 202400000624
5. Realizar, recepcionar, analizar y consolidar las actas de búsqueda activa realizadas en los Municipios del Departamento.
6. Mantener actualizada la matriz de censo, análisis de talento humano en salud.
7. Realizar el respectivo proceso administrativo previo, requerido para la ejecución de las respectivas visitas de auditoría, verificación de las condiciones de habilitación y de inspección, vigilancia y control a toda la clase de prestadores (I.P.S, Profesionales

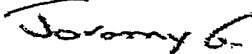
- Independientes, Transporte especial de Pacientes, Objeto Social Diferente a la Prestación de Salud).
8. Participar en la elaboración de conceptos y en la toma de decisiones respecto a la imposición de las medidas sanitarias de seguridad a los Prestadores de Servicios de Salud como resultado de las visitas, así como hacer seguimiento a las medidas de seguridad que se hayan tomado o a los hallazgos encontrados en los prestadores de servicios de salud del Departamento, de acuerdo con la programación establecida por el Supervisor del Contrato.
  9. Presentar un informe mensual consolidando; las visitas de verificación, visitas previas, visitas de revocatoria, visitas de reactivación, visitas de IVC, búsquedas activas, licencias de rayos X y todas las actividades relacionadas con las funciones contractuales.
  10. Articular y coadyuvar en la proyección y entrega de evidencias que las otras Direcciones requieran apoyo en función de las actividades contractuales realizadas por el equipo de habilitación.
  11. Participar en las reuniones de verificación del proceso sancionatorio y revisión de prestadores que se encuentren en proceso de investigación, medidas sancionatorias, entre otras.
  12. Apoyar a la Dirección cuando esta lo requiera y sea relacionado con el objeto contractual y situaciones derivados del mismo.
  13. Participar, proponer en las salas de análisis del riesgo que sean convocada por la Secretaria de salud.
  14. Apoyar de acuerdo a las competencias la planeación, formulación, implementación y evaluación del modelo de atención realizada por el departamento.
  15. Apoyar en la actualización de los manuales de procesos y procedimientos del área de la dirección técnica desarrollo de servicios cada que se requiera.
  16. Articular y coadyuvar en la proyección de las respuestas oportuna y dentro de los términos establecidos en la ley, a las peticiones, quejas, reclamos realizados por los usuarios que le sean asignados por el director del área. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS.

La presente certificación se efectúa por solicitud del contratista en virtud del vínculo contractual con la Gobernación del Caquetá dando fe de los negocios jurídicos celebrados en el marco de la justificación y estudios previos presentados junto con la solicitud de contratación, en el –

ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes, sin que ello conlleve al reconocimiento o vínculo diferente al suscrito entre estos, y en cumplimiento a la delegación al jefe de Recursos Humanos y Bienestar Social según el manual de contratación vigente en el ítem 2.6.

Se expide en Florencia Caquetá, a los 17 días del mes de diciembre de 2025.

**ELKIN RAUL OSORIO ESPAÑA**  
Jefe Oficina de Recursos Humanos y Bienestar Social

  
ELABORO: JOVANNY GUTIERREZ MUSQUERA  
Técnico Operativo

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y BIENESTAR SOCIAL DE LA GOBERNACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ**

**CERTIFICA:**

Que entre la **GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ** identificada con NIT No. **800091594-4** y **ANA MILENA RAMIREZ CORAL**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. **1.085.932.180** de **Ipiales**, suscribió el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. **202400000167**, cuyas condiciones se enuncian a continuación, de conformidad con los archivos que reposan en la entidad.

**OBJETO:** El contratista se obliga para con la Gobernación del Caquetá prestar sus servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa para apoyar a la Entidad Territorial en el cumplimiento de sus funciones dentro del componente del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, junto con el equipo de verificación de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Caquetá.

**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** 21 de febrero de 2024.

**FECHA DE INICIO:** 23 de febrero de 2024.

**FECHA DE TERMINACIÓN:** 29 de junio de 2024.

**VALOR FINAL:** VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS (\$ 25.779.500) M/CTE.

**ESTADO:** Ejecutado según certificado del supervisor.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:**

1. Realizar la notificación a los prestadores y la asistencia técnica en estándares de habilitación en acompañamiento del equipo de verificación al 100% de los prestadores de servicios de salud que lo soliciten o requieran.
2. Realizar en acompañamiento del equipo a los prestadores de servicios de salud del departamento del Caquetá las visitas de Inspección, vigilancia y control de las condiciones mínimas de habilitación según cronograma aprobado por el supervisor.
3. Apoyar proyección de reporte trimestral dirigido a los 16 municipios, los prestadores de servicios de salud que se encuentren registrados en el REPS de acuerdo al artículo 2.5.1.3.2.10 del decreto 780 de 2016.
4. Recepcionar, analizar, consolidar las actas de búsqueda activa de las entidades territoriales municipales.
5. Mantener actualizada la matriz de censo, análisis de talento humano en salud.
6. Realizar el respectivo proceso administrativo previo, requerido para la ejecución de las respectivas visitas de auditoría, verificación de las condiciones de habilitación y de inspección, vigilancia y control a toda la clase de prestadores (I.P.S, Profesionales Independientes, Transporte especial de Pacientes, Objeto Social Diferente a la Prestación de Salud).
7. Planear y presentar al supervisor la propuesta de cronograma de visitas de asistencia técnica, según listado de prestadores suministrados por el Ministerio de salud.

8. Presentar respectivo informe consolidado de la visita de auditoría, verificación y de IVC realizada al prestador de servicio de acuerdo a las directrices del Ministerio de salud.
9. Elaborar y presentar el respectivo informe de las visitas de verificación y de IVC realizadas a los prestadores por los integrantes del equipo de profesionales encargadas de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación y de IVC cuando sea requerido por el director del área.
10. Articular y coadyuvar en la proyección de las respuestas oportuna y dentro de los términos establecidos en la ley, a las peticiones, quejas, reclamos realizados por los usuarios que le sean asignados por el director del área.
11. Apoyar a la Dirección cuando esta lo requiera y sea relacionado con el objeto contractual y situaciones derivados del mismo. CONTRATO No. 202400000167 DE 2024 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Carrera 13 Calle 15 Esquina Barrio El Centro. Tels: (60+8) 4366860 Ext. 1004 Línea Gratuita: 018000931008 Florencia – Caquetá Correo: direccioncontratacion@caqueta.gov.co
12. Realizar IVC y brindar asistencia técnica dando al cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de salud y secretaria de salud departamental a las instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privadas que sean ordenadas por el director del área.
13. Adherirse y dar cumplimiento a los procesos y procedimientos de la dirección técnica de desarrollo de servicios relacionadas con el objeto contractual
14. Participar, proponer en las salas de análisis del riesgo que sean convocada por la Secretaria de salud
15. Apoyar de acuerdo a las competencias la planeación, formulación, implementación y evaluación del modelo de atención realizada por el departamento.
16. Informe ejecutivo que contenga una relación detallada de actividades desarrolladas durante el mes.
17. Apoyar en la actualización de los manuales de procesos y procedimientos del área de la dirección técnica desarrollo de servicios.

La presente certificación se efectúa por solicitud del contratista en virtud del vínculo contractual con la Gobernación del Caquetá dando fe de los negocios jurídicos celebrados en el marco de la justificación y estudios previos presentados junto con la solicitud de contratación, en el –

ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes, sin que ello conlleve al reconocimiento o vínculo diferente al suscrito entre estos, y en cumplimiento a la delegación al jefe de Recursos Humanos y Bienestar Social según el manual de contratación vigente en el ítem 2.6.

Se expide en Florencia Caquetá, a los 17 días del mes de diciembre de 2025.

**ELKIN RAUL OSORIO ESPAÑA**  
Jefe Oficina de Recursos Humanos y Bienestar Social

  
Escribió: Jovanny Guerra Musquera  
Técnico Operativo

CAQUETÁ

CAQUETÁ

SS-91- 146

Florencia, 12 de febrero de 2024

LA SUBSECRETARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTAL

HACE CONSTAR

Que, ANA MILENA RAMIREZ CORAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.085.932.180 expedida en Ipiales, prestó sus servicios en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

CONTRATO No: 202200000893 del 30/12/2022

TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO:

El contratista se obliga para con la Gobernación del Caquetá prestar sus servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa para apoyar a la Entidad Territorial en el cumplimiento de sus funciones dentro del componente del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, junto con el equipo de verificación de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Caquetá.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. Realizar la notificación a los prestadores y la asistencia técnica en estándares de habilitación en acompañamiento del equipo de verificación al 100% de los prestadores de servicios de salud que lo soliciten o requieran.                                                                                                                                               |
| b. realizar en acompañamiento del equipo a los prestadores de servicios de salud del departamento del Caquetá las visitas de Inspección, vigilancia y control de las condiciones mínimas de habilitación según cronograma aprobado por el supervisor.                                                                                                                         |
| c. apoyar proyección de reporte trimestral dirigido a los 16 municipios, los prestadores de servicios de salud que se encuentren registrados en el REPS de acuerdo al artículo 2.5.1.3.2.10 del decreto 780 de 2016.                                                                                                                                                          |
| d. Recepcionar, analizar, consolidar las actas de búsqueda activa de las entidades territoriales municipales.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| e. Mantener actualizada la matriz de censo, análisis de talento humano en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| f. realizar el respectivo proceso administrativo previo, requerido para la ejecución de las respectivas visitas de auditoría, verificación de las condiciones de habilitación y de inspección, vigilancia y control a toda la clase de prestadores (I.P.S, Profesionales Independientes, Transporte especial de Pacientes, Objeto Social Diferente a la Prestación de Salud). |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| g. Planear y presentar al supervisor en el mes de junio de 2023 la propuesta de cronograma de visitas a desarrollar, según listado de prestadores suministrados por el Ministerio de salud. ✓                                                                                                             |
| h. presentar respectivo informe consolidado de la visita de auditoría, verificación y de IVC realizada al prestador de servicio de acuerdo a las directrices del Ministerio de salud. ✓                                                                                                                   |
| i. elaborar y presentar el respectivo informe de las visitas de verificación y de IVC realizadas a los prestadores por los integrantes del equipo de profesionales encargadas de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación y de IVC cuando sea requerido por el director del área. ✓ |
| j. Articular y coadyubar en la proyección de las respuestas oportuna y dentro de los términos establecidos en la ley, a las peticiones, quejas, reclamos realizados por los usuarios que le sean asignados por el director del área. ✓                                                                    |
| k. Apoyar a la Dirección cuando esta lo requiera y sea relacionado con el objeto contractual y situaciones derivados del mismo. ✓                                                                                                                                                                         |
| l. Realizar IVC al cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de salud y secretaria de salud departamental por parte instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privadas que sean ordenadas por el director del área. ✓                                                               |
| m. adherirse y dar cumplimiento a los procesos y procedimientos de la dirección técnica de desarrollo de servicios relacionadas con el objeto contractual. ✓                                                                                                                                              |
| n. participar, proponer en las salas de análisis del riesgo que sean convocada por la Secretaria de salud. ✓                                                                                                                                                                                              |
| ñ. apoyar de acuerdo a las competencias la planeación, formulación, implementación y evaluación del modelo de atención realizada por el departamento. ✓                                                                                                                                                   |
| o. informe ejecutivo de las gestiones realizadas por cada uno de los productos entregables. j. apoyar en la actualización de los manuales de procesos y procedimientos del área de la dirección técnica desarrollo de servicios. ✓                                                                        |

**PLAZO:**

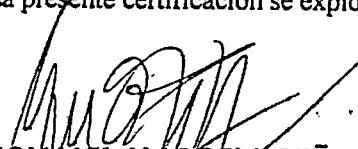
Desde El 16/01/2023 Hasta El 30/12/2023 ✓

**ESTADO DEL CONTRATO:**

LIQUIDADO

**VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO:** CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS (\$54.000.000) moneda legal. ✓

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

  
**YOVANA MARCELA PEÑA ROJAS**  
Subsecretaria

Elaboro: Cristina Y.G. ✓  
Reviso: Adriana O.C. ✓



**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y BIENESTAR SOCIAL DE LA GOBERNACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ**

**CERTIFICA:**

Que entre la **GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ** identificada con NIT No. **800091594-4** y **ANA MILENA RAMIREZ CORAL**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. **1.085.932.180** de **Ipiales**, suscribió el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. **202100000716**, cuyas condiciones se enuncian a continuación, de conformidad con los archivos que reposan en la entidad.

**OBJETO:** Prestar sus servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa para apoyar a la entidad Territorial en el cumplimiento de sus funciones dentro del componente del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Junto con el equipo de verificación de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Caquetá.

**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** 31 de diciembre de 2021.

**FECHA DE INICIO:** 05 de enero de 2022.

**FECHA DE TERMINACIÓN:** 30 de noviembre de 2022.

**VALOR FINAL:** CUARENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$49.500.000) M/CTE.

**ESTADO:** Ejecutado según certificado del Supervisor.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:**

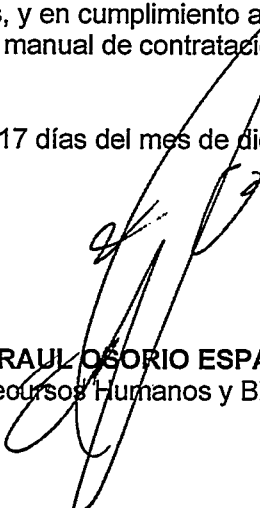
1. Realizar visitas de verificación de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud del Departamento de Caquetá de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia 2021 o a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
2. Realizar actualización del inventario del Talento Humano en Salud del Departamento de Caquetá, seguimiento a reporte de entrega de EPP y PQR relacionadas con el talento humano en lo referente al cumplimiento de las medidas de Bioseguridad y demás lineamientos del Ministerio de Salud en el marco emergencia sanitaria declarada por el SARS-Covid-19.
3. Realizar visitas de verificación de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud del Departamento de Caquetá dentro del marco de la emergencia sanitaria SARS-COVID19 y a los nuevos prestadores de servicios de salud que soliciten; teniendo en cuenta el marco de la emergencia sanitaria y siguiendo directrices del Ministerio de Salud, se prioriza las visitas de verificación de prestadores que soliciten autorizaciones transitorias, seguimiento a los planes de expansión en cada una de las Fases, a planes de contingencia y acompañamiento en la reapertura de servicios.
4. Consolidar la documentación resultado de las diferentes actividades de habilitación y hallazgos en el seguimiento de lineamientos del Ministerio de Salud y el ente territorial en el marco de la pandemia.
5. Realizar seguimiento a planes de contingencia en cada una de las Fases de la emergencia sanitaria declarada por el SARS-Covid-19, Estrategia PRASS y demás medidas contempladas por el Ministerio de Salud y el Ente Territorial.

6. Realizar búsqueda activa a los prestadores de servicios de salud que no se encuentren registrados en el REPS, en los municipios del departamento exceptuado Florencia.
7. Apoyar a la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud cuando esta lo requiera y se relacione con el objeto contractual y situaciones derivadas del mismo.
8. Entregar los informes que sean solicitados por el supervisor del contrato dentro de los términos establecidos para ello
9. Apoyar con la proyección de las respuestas oportunas dentro de los términos establecidos en la Ley, a las peticiones, quejas y/o requerimientos realizados por los usuarios de toda la red de prestación de servicios de salud del Departamento, que le sean asignadas por el supervisor o quien este designe, y cargarlas en el aplicativo Infodocs dentro de los términos establecidos para ello.
10. Realizar seguimiento a los hallazgos de los resultados de las visitas de Inspección, Vigilancia y Control a las IPS Públicas y Privadas.
11. Realizar notificación a las IPS Públicas y Privadas del resultado de las Visitas de Inspección, Vigilancia y Control.
12. Seguimiento al talento humano en salud relacionado con la Vacunación Contra el Covid 19 de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Entrega de la toda la documentación en físico y/o digital de las evidencias de la ejecución del contrato de acuerdo a la ley de archivo.

La presente certificación se efectúa por solicitud del contratista en virtud del vínculo contractual con la Gobernación del Caquetá dando fe de los negocios jurídicos celebrados en el marco de la justificación y estudios previos presentados junto con la solicitud de contratación, en el –

ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes, sin que ello conlleve al reconocimiento o vínculo diferente al suscrito entre estos, y en cumplimiento a la delegación al jefe de Recursos Humanos y Bienestar Social según el manual de contratación vigente en el ítem 2.6.

Se expide en Florencia Caquetá, a los 17 días del mes de diciembre de 2025.



**ELKIN RAÚL OSORIO ESPAÑA**  
Jefe Oficina de Recursos Humanos y Bienestar Social



Elaboro: Jovanny Gutierrez Mosquera  
Técnico Operativo

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y BIENESTAR SOCIAL DE LA GOBERNACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ**

**CERTIFICA:**

Que entre la **GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ** identificada con NIT No. 800091594-4 y **ANA MILENA RAMIREZ CORAL**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 1.085.932.180 de **Ipiales**, suscribió el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 202100000264, cuyas condiciones se enuncian a continuación, de conformidad con los archivos que reposan en la entidad.

**OBJETO:** Prestar sus servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa para apoyar a la Entidad Territorial en el cumplimiento de sus funciones dentro del componente del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, junto con el equipo de verificación de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Caquetá.

**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** 22 de abril de 2021

**FECHA DE INICIO:** 27 de abril de 2021

**FECHA DE TERMINACIÓN:** 30 de diciembre de 2021

**VALOR:** CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$45.000.000) M/CTE

**ESTADO:** Ejecutado según certificado del supervisor.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:**

1. Entregar de manera proporcional a la ejecución del contrato, un informe ejecutivo de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación realizadas a los prestadores de servicios de salud del Departamento de Caquetá de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia 2021 o a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Entregar una matriz con su respectivo informe ejecutivo de manera proporcional a la ejecución del contrato, del inventario del Talento Humano en Salud del Departamento de Caquetá realizado, así como del seguimiento y control del reporte de entrega de EPP, aplicativo COPRA y PQR relacionadas con el talento humano en lo referente al cumplimiento de las medidas de Bioseguridad y demás lineamientos del Ministerio de Salud en el marco emergencia sanitaria declarada por el SARS-Covid-19.
3. Entregar de manera proporcional a la ejecución del contrato un informe ejecutivo de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud del Departamento de Caquetá dentro del marco de la emergencia sanitaria SARS-COVID-19 a los nuevos prestadores de servicios de salud realizadas.
4. Entregar de manera proporcional a la ejecución del contrato un informe ejecutivo con el seguimiento a planes de contingencia en cada una de las Fases de la emergencia sanitaria declarada por el SARS-Covid-19, Estrategia PRASS y demás medidas contempladas por el Ministerio de Salud y el Ente Territorial realizadas durante la ejecución del contrato.

5. Entregar de manera proporcional a la ejecución del contrato un informe ejecutivo del monitoreo y seguimiento realizado al programa de reactivo vigilancia de los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Caquetá.
6. Entregar de manera proporcional a la ejecución del contrato un informe ejecutivo con el resultado de las búsquedas activas a los prestadores de servicios de salud que no se encuentren registrados en el REPS realizadas.

La presente certificación se efectúa por solicitud del contratista en virtud del vínculo contractual con la Gobernación del Caquetá dando fe de los negocios jurídicos celebrados en el marco de la justificación y estudios previos presentados junto con la solicitud de contratación, en el –

ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes, sin que ello conlleve al reconocimiento o vínculo diferente al suscrito entre estos, y en cumplimiento a la delegación al jefe de Recursos Humanos y Bienestar Social según el manual de contratación vigente en el ítem 2.6.

Se expide en Florencia Caquetá, a los 17 días del mes de diciembre de 2025.



**ELKIN RAÚL OSORIO ESPAÑA**  
Jefe Oficina de Recursos Humanos y Bienestar Social



Elaboro: Jovanny Gutierrez Mosquera  
Técnico Operativo

NIT 800 091 594  
Nº 20



SS-91-074

Florencia 18 de marzo de 2021

LA SUBSECRETARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTAL

HACE CONSTAR

Que ANA MILENA RAMIREZ CORAL, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.932.180 de Ipiales, prestó sus servicios profesionales en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

1. CONTRATO No: 202000000579 del 25/08/2020

TIPO DE CONTRATO: SERVICIOS PROFESIONALES

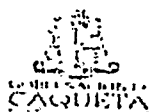
OBJETO:

Prestar sus servicios profesionales para apoyar a la Entidad Territorial en el cumplimiento de sus funciones dentro del componente del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, desde la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Caquetá.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Realizar en asistencia técnica en estándares de habilitación a los prestadores de servicios de salud del Departamento de Caquetá que lo soliciten y que le sean asignados por el supervisor del contrato o quien este delegue.
2. Realizar asistencia técnica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Territoriales Municipales que le sean asignados, sobre los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la Prestación de servicios en el marco de la emergencia sanitaria por SARS-Covid19 en la fase de contención y mitigación.
3. Realizar visitas de verificación de las condiciones únicas de habilitación a los Prestadores de Servicios de Salud del departamento de Caquetá dentro del marco de la emergencia sanitaria SARS-Covid-19 y a los nuevos prestadores de salud que le sean asignados, teniendo en cuenta el marco de la emergencia sanitaria y siguiendo directrices del Ministerio de Salud.
4. Brindar acompañamiento a visitas de verificación de condiciones únicas de habilitación a prestadores que soliciten autorizaciones transitorias de acuerdo a la prioridad establecida por el supervisor del contrato o quien este delegue.

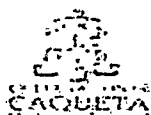
NIT.800.091.594-1. Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160 Ext.117 -  
Línea Gratuita: 018000965505.  
[www.caqueta.gov.co](http://www.caqueta.gov.co) - [salud@caqueta.gov.co](mailto:salud@caqueta.gov.co) - [contactenos@caqueta.gov.co](mailto:contactenos@caqueta.gov.co)  
Florencia - Caquetá  
Colombia



NTT 8000.915.94-4  
SG-20



5. Realizar seguimiento a los planes de expansión, planes de contingencia en cada una de las Fases de la emergencia sanitaria declarada por el SARS-Covid-19 y acompañamiento en la reapertura de servicios, de acuerdo a la priorización establecida por el supervisor del contrato o quien este delegue.
6. Verificar la implementación de las rutas de atención y acceso a las pruebas diagnósticas requeridas para el estudio de otros agentes infecciosos o no infecciosos por parte de los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento.
7. Realizar búsqueda activa a los Prestadores de Servicios de Salud que no se encuentren registrados en el REPS, en los municipios del Departamento (exceptuando Florencia) que le sean asignados por el supervisor del contrato o quien este delegue y de acuerdo al cronograma previamente establecidos.
8. Realizar IVC a los laboratorios clínicos de mediana y alta complejidad del Departamento de Caquetá, en cumplimiento de los requisitos del sistema único de habilitación que le sean asignados por el supervisor del contrato o por quien este delegue.
9. Participar en la elaboración de conceptos y en la toma de decisiones respecto a la imposición de las medidas sanitarias de seguridad a los Prestadores de Servicios de Salud como resultado de las visitas, así como hacer seguimiento a las medidas de seguridad que se hayan tomado o a los hallazgos encontrados en los prestadores de servicios de salud del Departamento, de acuerdo con la programación establecida por el Supervisor del Contrato.
10. Elaborar y presentar en caso de ser requerido, el respectivo informe de las visitas de verificación y de I.V.C. realizadas a los prestadores por los integrantes del equipo de profesionales encargados de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación y de I.V.C., así como el apoyar con la consolidación del informe final de ser necesario con el fin de entregar el informe dentro de los cinco (5) días siguientes a la visita al supervisor.
11. Apoyar a la Dirección desarrollo de servicios de salud de la Secretaría de Salud cuando esta lo requiera y se relacione con el objeto contractual y situaciones derivadas del mismo.
12. Entregar los informes que sean solicitados por el supervisor del contrato dentro de los términos establecidos para ello.
13. Verificar que los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento visitados, cuenten con la Resolución de autorización para el uso del Emblema de la Misión Médica para las instalaciones, vehículos y personal sanitario expedida por la Entidad Territorial Departamental y reportar su uso indebido ante el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Caquetá.
14. Articular y coadyuvar en la proyección de las respuestas oportunas dentro de los términos establecidos en la Ley, a las peticiones, quejas y/o reclamos realizados por los usuarios de toda la red de prestación de servicios de salud del Departamento, que le sean asignadas por el supervisor o quien este designe, respecto a la verificación de los servicios de salud, objeto de este contrato lo anterior, con el fin de mantener actualizado el aplicativo Infodocs.
15. Verificar en conjunto con el equipo de Verificadores de Habilitación, el cumplimiento de los planes institucionales de formación continua y acciones de formación continua por parte de los prestadores de servicios de salud, los cuales en el contexto actual deben estar particularmente



NIT: 800.915.94-4  
SG-20



enfocados al fortalecimiento de las competencias del Talento Humano para la atención, manejo y seguimiento de pacientes con sospecha y confirmación de infección por COVID-19, de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

16. Apoyar la actualización del documento "plan de acción para la prestación de servicios en la etapa de contención y mitigación por SARS-Cov-2 (covid 19) en el departamento del Caquetá".

17. Realizar asistencia técnica a las IPS domiciliarias y autorizadas transitoriamente, EAPB sobre la adecuada implementación del modelo de atención domiciliaria, decreto No 00530 de 2020 por medio de la cual se adopta el modelo de atención domiciliaria para pacientes con Covid 19 en el Departamento del Caquetá en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el gobierno nacional"

18. Apoyar el seguimiento al cumplimiento de planes de contingencia Covid 19 de las IPS.

19. En cada uno de los informes presentados por el contratista, se deberán describir las actividades realizadas para el cumplimiento de las obligaciones aquí descritas y adicionalmente en CD anexo al informe, deberá presentar los soportes en el que se evidencie el cumplimiento de cada una de ellas, para lo cual, podrán implementar matrices, escaneo de documentos, entre otros, para los casos en los que aplique

PLAZO.

Desde El 02/09/2020 hasta el 31/12/2020 ✓

ESTADO DEL CONTRATO:

LIQUIDADO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: VEINTE DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ✓  
(\$22.500.000) M/CTE

2. CONTRATO No:

20200000246 ✓ del 13/04/2020 ✓

TIPO DE CONTRATO:

SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO:

Prestar sus servicios profesionales para apoyar a la Entidad Territorial en el cumplimiento de sus funciones dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, dentro de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de Caquetá.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

a) Brindar asistencia técnica en acompañamiento del equipo de Verificación e IVC a los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Caquetá, con ocasión al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud -PAMÉC-.

b) Realizar en acompañamiento del equipo de Verificación e IVC las visitas de verificación de las condiciones mínimas de habilitación a los prestadores de servicios de salud del Departamento de Caquetá según cronograma aprobado por el Supervisor del Contrato.

NIT.800.091.594-4, Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160 Ext.117 -  
Línea Gratuita: 018000965505.

[www.caqueta.gov.co](http://www.caqueta.gov.co) - [salud@caqueta.gov.co](mailto:salud@caqueta.gov.co) - [contactenos@caqueta.gov.co](mailto:contactenos@caqueta.gov.co)  
Florencia - Caquetá  
Colombia

SECRETARÍA DE SALUD

NIT 800 091 291-1  
Sede



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| c) | Realizar búsqueda activa a los prestadores de servicios de salud que no se encuentran registrados en el REPS, en tres (3) municipios del Departamento exceptuado Florencia, según cronograma previamente acordado con el Supervisor y entregar recomendaciones.                                                                                                                                                                                                                 |
| d) | Realizar entre el equipo de Verificación e IVC asistencia técnica en Estándares de Habilitación a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Caquetá que lo soliciten.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| e) | Entregar informes del cumplimiento de lo establecido en la Circular 055015 de 2017, respecto de las condiciones de habilitación que garanticen la atención segura, digna y adecuada a las maternidades del Departamento de Caquetá, de los prestadores de servicios de salud visitados a los que aplica.                                                                                                                                                                        |
| f) | Asistir a las reuniones programadas del equipo de profesionales encargados de realizar las visitas de Estándares de las Condiciones de Habilitación y de Inspección, Vigilancia y Control de la Dirección Técnica de Desarrollo Servicios de Salud.                                                                                                                                                                                                                             |
| g) | Apoyar con la emisión de conceptos y toma de decisiones respecto a paso a seguir dentro de las visitas realizadas a los Prestadores de Servicios de Salud en los casos que requiera tomarse una medida de sanatoria de seguridad, así como hacer seguimiento a las medidas de seguridad que se hayan tomado o a los hallazgos encontrados en los prestadores de servicios de salud del Departamento, de acuerdo con la programación establecida por el Supervisor del Contrato. |
| h) | Realizar el respectivo proceso administrativo previo, requerido para la ejecución de las respectivas visitas de auditoría, verificación de las condiciones de habilitación y de inspección, vigilancia y control a las diferentes I.P.S. del Departamento del Caquetá.                                                                                                                                                                                                          |
| i) | Presentar el respectivo informe de la visita de auditoría, verificación y de I.V.C. realizada al prestador durante los 3 días siguientes a la realización de la visita al director del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| j) | Elaborar y presentar el respectivo informe de las visitas de verificación y de I.V.C. realizadas a los prestadores por los integrantes del equipo de profesionales encargados de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación y de I.V.C., así como el apoyar con la contextualización del informe final de ser necesario con el fin de entregar el informe dentro de los cinco (5) días siguientes la visita al supervisor.                                  |
| k) | Atender y coadyuvar en la proyección de las respuestas oportunas y dentro de los términos establecidos en la Ley, a las peticiones, quejas y/o reclamos realizados por los usuarios de toda la red de prestación de servicios de salud del Departamento, que le sean asignadas por el supervisor o quien este designe, respecto a la verificación de los servicios de salud, objeto de este contrato lo anterior, con el fin de mantener actualizado el aplicativo Infodocs.    |
| l) | Apoyar a la Dirección desarrollo de servicios de salud de la Secretaría de Salud cuando esta lo requiera y se relacione con el objeto contractual y situaciones derivadas del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| m) | Entregar los informes que sean solicitados por el supervisor del contrato dentro de los términos establecidos para ello.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

PLAZO

Desde El 15/04/2020 hasta el 30/09/2020

NIT 800 091 291-1. Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160 Ext.117 -  
Línea Gratuita: 018009965505,  
Atención al Cliente: 2400300000, 2400300001 - contacto@caquetadecol.gov.co  
Florencia - Caquetá  
Colombia





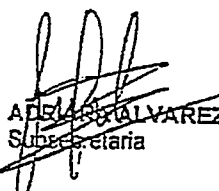
NIT 8000.915.94-4  
SG-20



ESTADO DEL CONTRATO: LIQUIDADO

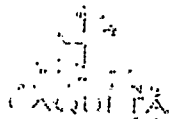
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS  
(\$13.500.000.00) moneda legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

  
ADELINA ALVAREZ LOZADA  
Suplente

Elaboró y Revisó: Mónica Cristina Yoris González

NIT.800.091.594-4. Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160 Ext.117 -  
Línea Gratuita: 018000965505.  
[www.caqueta.gov.co](http://www.caqueta.gov.co) - [salud@caqueta.gov.co](mailto:salud@caqueta.gov.co) - [contactenos@caqueta.gov.co](mailto:contactenos@caqueta.gov.co)  
Florencia - Caquetá  
Colombia



NTC 800.915 94-4  
SG-30

SS-91- 121

Florencia.09 de marzo de 2020

LA SUBSECRETARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTAL

HACE CONSTAR:

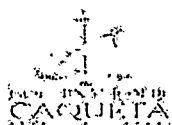
Que, ANA MILENA RAMIREZ CORAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1085932.180 expedida en Ipiales, presto sus servicios en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

1.CONTRATO No: 20190000151-Del 18/02/2019 -  
TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ✓

OBJETO  
El contratista se obliga para con la Gobernación del Caquetá a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales como bacterióloga, para apoyar las acciones de vigilancia de los eventos de interés en Salud Pública en los programas de Micobacterias, Química, Hematología, Reactivo-vigilancia, y apoyo en los procesos de calidad según la Norma ISO- NTC-IEC 17025/2005 en el Laboratorio Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá..

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

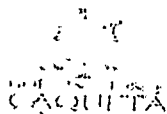
1. Realizar seguimiento y evaluación de las actividades e indicadores del Plan de Acción institucional de la Secretaría de Salud Departamental establecido, de acuerdo con el Plan de Desarrollo "Con usted hacemos más por el Caquetá 2016- 2019", referente al Laboratorio de Salud Pública y un informe del cuatrienio.
2. Realizar Evaluación de seguimiento del Plan de Mejoramiento del Instituto Nacional de Salud en respuesta a los hallazgos presentados en la visita de Estándares de Calidad.
3. Elaborar Diagnóstico inicial y final de la Red de Laboratorios Clínicos en los programas de Micobacterias, Hematología, Química y Reactivo Vigilancia.
4. Realizar el consolidado de la información del Cuatrienio (2016-2019) de los programas de Micobacterias, química, hematología y Reactivo Vigilancia.
5. Elaborar tres cronogramas: Visitas de Asistencia Técnica, Capacitaciones a la Red de Laboratorios Clínicos y personal del LSPD relacionadas a los programas de Micobacterias, hematología, química y Reactivo Vigilancia y cronograma de elaboración y actualización de documentos del Sistema de Gestión de Calidad.



NIT 8000.915.94-4  
SG-20

REVISADO

6. Actualizar y entregar documentación requerida del programa, para dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento del INS.
7. Realizar informe de los resultados de las Asistencias Técnicas y seguimientos a los Planes de Mejoramiento del año 2018 de los programas de Micobacterias, hematología, química y Reactivo Vigilancia a los gerentes de las ESES Hospital María Inmaculada, ESE Hospital Comunal Las Malvinas, ESE Rafal Tovar Poveda, ESE Fabio Jaramillo Londoño y ESE Hospital San Rafael.
8. Realizar capacitación de acuerdo con lo establecido en la Reunión Anual de Tuberculosis de los Laboratorios de Salud Pública 2018: socializar los documentos actualizados por OMS/OPS el manual para el diagnóstico bacteriológico de tuberculosis, Parte 1 (manual de actualización de la baciloscopia); y la guía técnica para el diagnóstico bacteriológico de tuberculosis; Parte 3 Pruebas de sensibilidad y temas del programa de Reactivo Vigilancia. Evaluar el indicador de la capacitación, capacitación en Lepra de acuerdo con lo establecido en la Asistencia Técnica realizada por el INS al LSPD en junio de 2018 al programa, enfocada a la toma de muestra (seis lesiones), el uso del esquema corporal, los tiempos de coloración y el control de calidad que debe realizar el LSPD. Evaluar el Indicador de la capacitación, para dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento del INS.
9. Realizar capacitación a médicos, enfermeras y EAPB donde se concientice sobre la afectada captación de síntomas respiratorios y sobre los métodos de diagnóstico pulmonar (cultivo) y extrapulmonar (pruebas moleculares) disponibles en el país, para dar cumplimiento y continuidad al Plan de Acción establecido en la Asistencia Técnica realizada por el INS al LSPD en junio de 2018 al programa. Evaluar el Indicador de la capacitación.
10. Realizar el proceso de inducción a los profesionales de Bacteriología de Servicio Social Obligatorio, evaluar el indicador de la Inducción.
11. Realizar capacitación y socialización al personal de la Unidad de Vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública con temas relacionados a los procedimientos técnicos establecidos en el Plan de Mejoramiento del INS. Evaluar el indicador de la capacitación.
12. Apoyo en el diseño del Plan de Vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública con acciones de laboratorio, según la norma NTC-ISO/IEC 17025:2005 y directrices del Instituto Nacional de Salud, para dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento del INS.
13. Elaborar el Procedimiento e implementación del programa de Reactivo Vigilancia del Laboratorio de Salud Pública.
14. Seguimiento a los reportes del programa de reactivo vigilancia de la Red de laboratorios del departamento e informe de implementación del programa en los Laboratorios Clínicos.
15. Participar en la Evaluación Externa Directa del Desempeño con el INS para el programa de Micobacterias y evaluar el desempeño de acuerdo con el lineamiento.
16. Realizar el seguimiento al libro de tuberculosis de los casos diagnosticados por los laboratorios clínicos (pruebas de identificación, sensibilidad y baciloscopia).
17. Caracterizar o identificar los laboratorios de la red que oferten servicios de diagnóstico de Tuberculosis y Hansen, métodos implementados para asegurar la participación en los Programas de ensayos de Aptitud "PREAM". Identificar las rutas diagnósticas relacionadas con el envío de muestras a otros lugares del país, compromiso establecido en la Reunión Anual de Micobacterias de los Laboratorios de Salud Pública 2018.
18. Realizar la lectura de la baciloscopia para la clasificación y control de tratamiento de Hansen mediante la escala semicuantitativa establecida en Colombia, en el marco de referencia, contra referencia y EEDI para los casos presentados en el Departamento.



NIT: 800091594-4  
SC-20



19. Participar en la ponencia del COVE Departamental convocado por el área de Vigilancia Epidemiológica de la SSD relacionado con el programa de Micobacterias y participar en unidades de análisis relacionadas con el programa.
20. Realizar Evaluación Externa Indirecta del Desempeño (EEID) para Micobacterias al 100% de la Red de Laboratorios de acuerdo con el Lineamiento del INS y Plan de Acción establecido en la Asistencia Técnica realizada por el INS al LSPD en junio de 2018 al programa de Tuberculosis del LSPD. Evaluar porcentaje de concordancia en el control de calidad y porcentaje de participación de los Laboratorios.
21. Realizar la Evaluación Externa Directa del Desempeño (EEDD) para Micobacterias a la Red de Laboratorios de acuerdo con el Lineamiento del INS y Plan de Acción establecido en la Asistencia Técnica realizada por el INS al LSPD en junio de 2018 al programa de Tuberculosis del LSPD. Evaluar porcentaje de concordancia en el control de calidad y porcentaje de participación de los Laboratorios.
22. Realizar la Evaluación Externa Indirecta y Directa (EEID-EEDD) en Hematología a la Red de Laboratorios Clínicos. Evaluar porcentaje de concordancia en el control de calidad y porcentaje de participación de los Laboratorios.
23. Realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento instaurado en los Laboratorios Clínicos visitados en la vigencia 2018/2019 con relación a los programas de Micobacterias, Química, Hematología y Reactivo Vigilancia.
24. Realizar visitas de asistencia técnica en los programas de vigilancia de los eventos de interés en Salud Pública, acorde al Plan de Asistencia Técnica vigencia 2019, en los 16 municipios del Departamento.
25. Elaborar un informe técnico final que consolide la información correspondiente al plazo del contrato que contenga indicadores asociados a los programas de Micobacterias, Química, Hematología y Reactivo Vigilancia, y entregar la información correspondiente a su área con las siguientes carpetas: Calidad, Bases de datos y consolidado de resultados allegados del INS e información de la Red, capacitaciones, socializaciones, EEID, EEDD, Informes o plantillas al INS según soliciten, Visitas de Asistencia Técnica, Informes Mensuales, Plan de Mejoramiento con INS y todas las evidencias de la ejecución del contrato organizadas por productos, la documentación en formato físico y magnético debe ser debidamente foliada y escaneada.

PLAZO

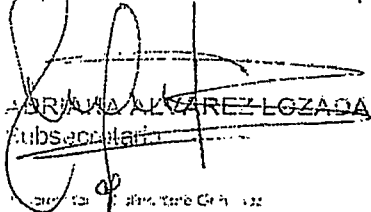
Desde El 26/02/2019 Hasta El 30/12/2019

ESTADO DEL CONTRATO:

LIQUIDADO.

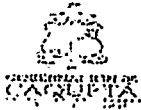
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CUARENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$45.320.000=) M/CTE.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado

  
BRAYAN ALVAREZ LOZADA  
Subsecretario

NIT 800.091 594-4. Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160  
Ext.117 -Línea Gratuita: 018000965505.

[www.cauca.gov.co](http://www.cauca.gov.co) - [salud@caqueta.gov.co](mailto:salud@caqueta.gov.co) - [contactenos@caqueta.gov.co](mailto:contactenos@caqueta.gov.co)  
Florencia - Cauca  
Colombia



SS-91- 198

Florencia, 04 de Diciembre de 2018

**EL SUBSECRETARIO DE SALUD  
DEPARTAMENTAL**

**HACE CONSTAR:**

Que, ANA MILENA RAMIREZ CORAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.085.932.180 presta sus servicios en la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá como Contratista, mediante Contrato de Prestación de servicios que a continuación se detalla:

1. CONTRATO No: 756 Del 29/12/2017

TIPO DE CONTRATO: SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO: El contratista se obliga con el departamento del Caquetá, a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales como bacterióloga para apoyar las acciones de vigilancia de los eventos de interés en salud pública en los programas de microbacterias, química, hematología, reactivo-vigilancia y apoyo en los procesos de calidad según la norma iso-ntc-iec 17025/2005 en el laboratorio salud pública de la secretaria de salud departamental del Caquetá

PLAZO: Desde El 23/01/2018 Hasta El 30/12/2018

ESTADO DEL CONTRATO: EN EJECUCION

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CUARENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$45.600.000=) M/CTE

2. CONTRATO No: 550 Del 11/08/2017

TIPO DE CONTRATO: SERVICIOS PROFESIONALES

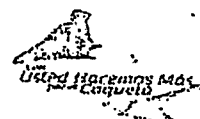
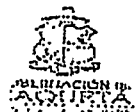
OBJETO: El contratista se obliga para con la gobernación del Caquetá a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, los servicios profesionales en bacteriología, para ejecutar acciones de diagnóstico, sensibilización, capacitación,

NIT.800.091.594-4. Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160

Línea Gratuita: 018000963505.

[www.caqueta.gov.co](http://www.caqueta.gov.co) - [salud@caqueta.gov.co](mailto:salud@caqueta.gov.co) - [contactenos@caqueta.gov.co](mailto:contactenos@caqueta.gov.co)

Florencia - Caquetá  
Colombia



planeación, diseño, documentación y verificación en los eventos de vigilancia de las enfermedades de interés en salud pública en los programas de microbacterias, química, hematología, reactivos-vigilancia en el laboratorio de salud pública de la secretaría de salud departamental y apoyo en los procesos de calidad según la norma iso-ntc-iec-17025/2005 en el laboratorio de salud pública.

PLAZO: Desde El 18/08/2017 Hasta El 30/12/2017

ESTADO DEL CONTRATO: LIQUIDADO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: DIECINUEVE MILLONES DE PESOS (\$19.000.000=) M/CTE

3. CONTRATO No: 193 Del 08/03/2017

TIPO DE CONTRATO: SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO:

El contratista se obliga para con la Gobernación del Caquetá a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales como bacteriólogo (a) para ejecutar acciones diagnóstico, sensibilización, capacitación, planeación, diseño, documentación y verificación en los eventos de vigilancia de las enfermedades de interés en Salud Pública en los programas de Microbacterias, Química, Hematología, Reactivo-vigilancia en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental y apoyo en los procesos de calidad según la norma ISO-NTC-IEC 17025/2005 en el Laboratorio de Salud Pública.

PLAZO: Desde El 10/03/2017 Hasta El 09/08/2017

ESTADO DEL CONTRATO: LIQUIDADO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: DIECINUEVE MILLONES DE PESOS (\$19.000.000=) M/CTE

4. CONTRATO No: 563 Del 08/11/2016

TIPO DE CONTRATO: SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO:

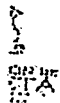
El contratista se obliga para con la Gobernación del Caquetá a prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios

NIT.800.091.594-4. Calle 18 No. 8-80 Barrio Siete de Agosto. Tels: 57 (8) 4352160

Línea Gratuita: 018000965505.

[www.caqueta.gov.co](http://www.caqueta.gov.co) - [salud@caqueta.gov.co](mailto:salud@caqueta.gov.co) - [contactenos@caqueta.gov.co](mailto:contactenos@caqueta.gov.co)

Florencia - Caquetá  
Colombia



profesionales en bacteriología, para ejecutar acciones de diagnóstico, sensibilización, capacitación, planeación, diseño, documentación y verificación en los programas de vigilancia de las enfermedades de interés en salud pública como malaria, leishmaniasis, Chagas e inmunoprevenibles aplicados desde el laboratorio de salud pública.

PLAZO:

Desde El 11/11/2016 Hasta El 30/12/2016

ESTADO DEL CONTRATO:

LIQUIDADADO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS  
(\$7.200.000=) M/CTE

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

JAIME PEREZ CAMACHO  
Subsecretario



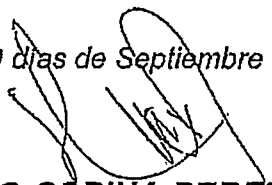
## EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE TALENTO HUMANO

### ***CERTIFICA:***

Que el(a) Señor(a) **RAMIREZ CORAL ANA MILENA**, identificado(a), con la cédula de ciudadanía No. 1085932180 expedida en Ipiales, Prestó sus Servicios a la Institución en la plaza 207-B.CQ, No. De Plaza Nuevo 1841000025024-1, creada mediante Resolución No. 00814 del 31/12/2011 de la Secretaría Salud Departamental, y adscrita a la Planta Globalizada del Hospital María Inmaculada (CS La Montañita), desde el 02/Septiembre/2015 al 01/Septiembre/2016, en el cargo de Profesional Servicio Social Obligatorio (Bacteriologo), encontrándose a paz y salvo con la institución.

Se expide a solicitud del(a) interesado(a) con destino a: **LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ.**

Dada en Florencia Caquetá, a los 09 días de Septiembre de 2016.

  
**HUMBERTO OSPINA PEREZ**



## CERTIFICADO EMO DE INGRESO

Fecha de examen: 2025-01-23

Fecha de impresión: 2025-01-23

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                      |                            |                   |               |
|----------------------|----------------------------|-------------------|---------------|
| Nombres y Apellidos: | ANA MILENA RAMIREZ CORAL   | Número:           | 1085932180    |
| Identificación:      | CC                         | Edad:             | 30            |
| Fecha de Nacimiento: | 1993-05-25                 | RH:               | A +           |
| Género:              | F                          | Escolaridad:      | UNIVERSITARIO |
| Estado civil:        | OTRO                       | Ciudad:           | FLORENCIA     |
| Estrato:             | 3                          | Teléfono:         | 3207540289    |
| Dirección:           | BARRIO ALTOS DE LA PRADERA |                   |               |
| Acompañante:         |                            | Tel. Acompañante: |               |
| Empresa:             | PARTICULAR                 | Categoría:        | NO APLICA     |
| Cargo:               | PROFESIONAL DE APOYO       |                   |               |
| Ciudad - Sede:       | FLORENCIA                  | Sede:             | PRINCIPAL     |

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: NINGUNO

EXAMENES REALIZADOS

EMO DE INGRESO

### APTITUD OCUPACIONAL

CONCEPTO  
TIPO DE RESTRICCIONES  
CERTIFICADOS ADICIONALES

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO  
NO APLICA  
NINGUNO

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

#### CONDUCTAS OCUPACIONALES

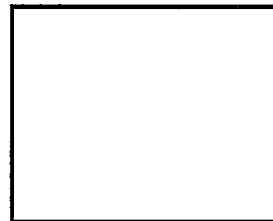
CONDUCTAS PREVENTIVAS

CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL  
OFICIO A REALIZAR

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

*Aura Jimena Aguirre Cubillos*  
Esp. Salud Ocupacional  
C.C. 1020769061  
Universidad del Rosario

*Ana Ramirez*



AURA JIMENA AGUIRRE CUBILLOS  
1020769061  
RM: 0148  
Firma y sello del médico evaluador

ANA MILENA RAMIREZ CORAL  
Documento: 1085932180  
Firma del trabajador



**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:**

**ANA MILENA RAMIREZ CORAL**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.932.180**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente ANA MILENA RAMIREZ CORAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,085,932,180 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la AHORROS CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 364011863 apertura el 24 de febrero de 2026 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, el 24 de febrero de 2026.

---

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

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0364011863           |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0364360200011863     |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130364360200011863 |

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

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

## COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

La suscrita **ANA MILENA RAMIREZ CORAL**, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, en adelante y como oferente dentro de proceso contractual con la Gobernación de Caquetá, manifiesto que me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con la futura contratación; suministrando a la Gobernación de Caquetá, toda información sobre actos de corrupción, sobornos, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento; con el fin de fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad para lo cual y con la suscripción del presente se asume los siguientes compromisos:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de la Gobernación de Caquetá, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos, miembro, trabajador o subcontratista asesores de la Gobernación de Caquetá, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. No permito que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independientemente incurra en la conducta indicada en el numeral anterior.
5. Me comprometo a impartir las instrucciones a todos los empleados, subcontratistas, agentes y a cuál es quiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia y especialmente de aquellos que rigen el presente proceso.
6. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación de la convocatoria.
7. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
8. Manifiesto que la actividad, profesión u oficio de ANA MILENA RAMIREZ CORAL, es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
9. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
10. La información suministrada en los requisitos de la convocatoria realizada dentro del proceso de contratación y en este documento es veraz y verificable y que ANA MILENA RAMIREZ CORAL, se compromete a actualizarse cuando así se requiera.

11. Me comprometo a que los recursos que se deriven de la ejecución del posible contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas o a la realización de actividades ilícitas.
12. Igualmente me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y términos previstos en el pliego de condiciones y en la futura contratación.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 18 de junio de 2026

Para todos los efectos, informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con este proceso contractual la recibo en:

**Dirección:** Cra 5ta este numero 12ª 03 Altos de la Pradera  
**Ciudad:** Florencia Caquetá  
**Teléfono:** 3207540289  
**Email:** [anaramirezcoral@gmail.com](mailto:anaramirezcoral@gmail.com)

Cordialmente,



**Nombre:** ANA MILENA RAMIREZ CORAL

**C.C.:** 1085932180

**Teléfono:** 3207540289

**Dirección:** Cra 5ta este número 12ª 03 Altos de la Pradera

|                                                                                   |                                                                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                           | CÓDIGO: GA-GC-FR- 010 |
|                                                                                   | <b>FORMATO DECLARACIÓN SOBRE<br/>INHABILIDADES E<br/>INCOMPATIBILIDADES</b> | VERSIÓN: 001          |
|                                                                                   |                                                                             | FECHA: 12-08-2025     |
|                                                                                   |                                                                             | Página: 1 de 1        |

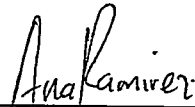
|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <b>DECLARACIÓN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES</b> |
|-------------------------------------------------------|

Yo **ANA MILENA RAMIREZ CORAL** con numero de cedula de ciudadanía 1.085.932.180

**MANIFIESTO QUE:**

No me encuentro incurso en inhabilidades, incompatibilidades, ni conflictos de interés para contratar con el Estado, de conformidad con la normatividad vigente en contratación estatal y con el Manual de Contratación de la Gobernación del Caquetá.

En constancia se firma en Florencia, a los 13 de junio de 2016.

  
**ANA MILENA RAMIREZ CORAL**  
 C.C. 1.085.932.180

|          |                                    |         |                                     |         |                                                            |
|----------|------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------|
| Elaboró: | Cristian Andrés Rodríguez Collazos | Revisó: | Angy Carolina Rojas Rivas           | Aprobó: | Diego Felipe Pinto Díaz                                    |
| Firma:   |                                    | Firma:  |                                     | Firma:  |                                                            |
| Cargo:   | Contratista                        | Cargo:  | Directora Dirección de Contratación | Cargo:  | Presidente del Comité Institucional de Gestión y Desempeño |



# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**ANA MILENA RAMIREZ CORAL**

C.C 1.085.932.180

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 23 de junio 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público

Código: 761150801000

Verificar Registro en REIHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-22--2:33:31 PM

|    |            |     |        |         |       |         |     |
|----|------------|-----|--------|---------|-------|---------|-----|
| CC | 1085932180 | ANA | MILENA | RAMIREZ | CORAL | 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) ANA MILENA RAMIREZ CORAL identificado(a) con CC 1085932180 registra la siguiente información:

2026-06-22--2:33:31 PM

Información Académica

|     |       |               |            |                    |                                   |
|-----|-------|---------------|------------|--------------------|-----------------------------------|
| UNV | Local | BACTERIOLOGIA | 2016-11-15 | 5041 <sup>La</sup> | Colegio Nacional de Bacteriología |
|-----|-------|---------------|------------|--------------------|-----------------------------------|

Datos SSO

|            |       |                               |            |            |                                                                      |               |                                   |
|------------|-------|-------------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA CAQUETÁ LA MONTAÑITA | 2015-09-02 | 2016-09-01 | Prestación de Servicios Especializados de Salud en IPS <sup>La</sup> | Bacteriología | Colegio Nacional de Bacteriología |
|------------|-------|-------------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|





ANEXO 001

UTC-8 14:26:53



ANA MELBA SUAREZ

Búsqueda Más procesos Menú

Buscar

Inicio - Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Editar

Mis datos de usuario

Mis datos de usuario

Mis datos de usuario

Mis datos de usuario

### Información del usuario

Cargo  
Título  
Nombre  
Apellidos  
Fecha de nacimiento  
Nivel Educativo  
Género  
(Tiene alguna discapacidad?) ☒ SI ☐ No  
Nombre y apellidos ANA MELBA SUAREZ CORAL  
Tipo de documento  
Número de documento  
Dirección  
Código postal  
Estrato  
Ubicación  
País COLOMBIA  
Correo electrónico ana.suarez.kk@hotmail.com  
Teléfono  
Celular 3227542288



### Configuración

Zona horaria UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito  
Idioma Español (Colombia)  
Configuración regional Spanish (Colombia)

### Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

## AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE CONTRATISTAS

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Por la se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado con el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Gobernación del Caquetá.

1. La Gobernación del Caquetá actuará como Responsable del Tratamiento de Datos Personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la gobernación del Caquetá, y observando la política de tratamiento de datos personales de la Gobernación del Caquetá.
6. Mediante la página web de la entidad (<http://www.caqueta.gov.co/>), en el link <https://www.caqueta.gov.co/peticiones-quejas-reclamos> podre radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. La Gobernación del Caquetá, garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Gobernación del Caquetá, para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para las fines legales, contractuales, misionales descritos en la política de tratamiento de datos personales la Gobernación del Caquetá.
9. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.
10. Autorizo que los datos suministrados en consecuencia de la presente relación laboral sean conservados durante el tiempo que dure mi relación laboral y el tiempo establecido legalmente por las normas que regulan la materia.

Se firma en la ciudad de Florencia, a los 23 días del mes de Junio del año 2016.

Nombre: Ana Milena Ramirez Coral Firma: Ana Ramirez

Identificación: 1.085.932.180

Vo.Bo. Lady Johana Palacio Gaviria, Asesora Despacho del Gobernador, Jefe Oficina Jurídica  
Revisó: Jhon James Villanueva Bustos, Director de las TIC  
Proyectó: Yolanda Silva Córdoba, Profesional Universitario, Dirección TIC