FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MARTINEZ	GOMEZ	FABIAN EDUARDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1015393060

SEXO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 86031454788 D.M. 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 03 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO ANZOÁTEGUI

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5 N 103 92 Apartamento 1101 Conjunto Yerbabuena

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO 3159277 EMAIL fabian.egm@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2001
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X		CONTADURIA PUBLICA	05	2021	307726-T
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN INFORMATICA	11	2009	163780-0617801

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2250120	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 8 2 27 Barrio Centro					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	03	*Mes*	06	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2271569	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 50 Guamo - Tolima						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2880077	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Calle 4ª con Carrera 7ª esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2840033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 N 6 20 Venadillo - Tolima						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212303869	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N ° 4 - 41						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3133263688	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 5 T ° 1 10 esquina Parque Principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* PLANADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2265252	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION Y SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CALLE 9 N ° 5 30					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	15	7
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 X 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 Ibagué Tolima, 28 de Septiembre de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

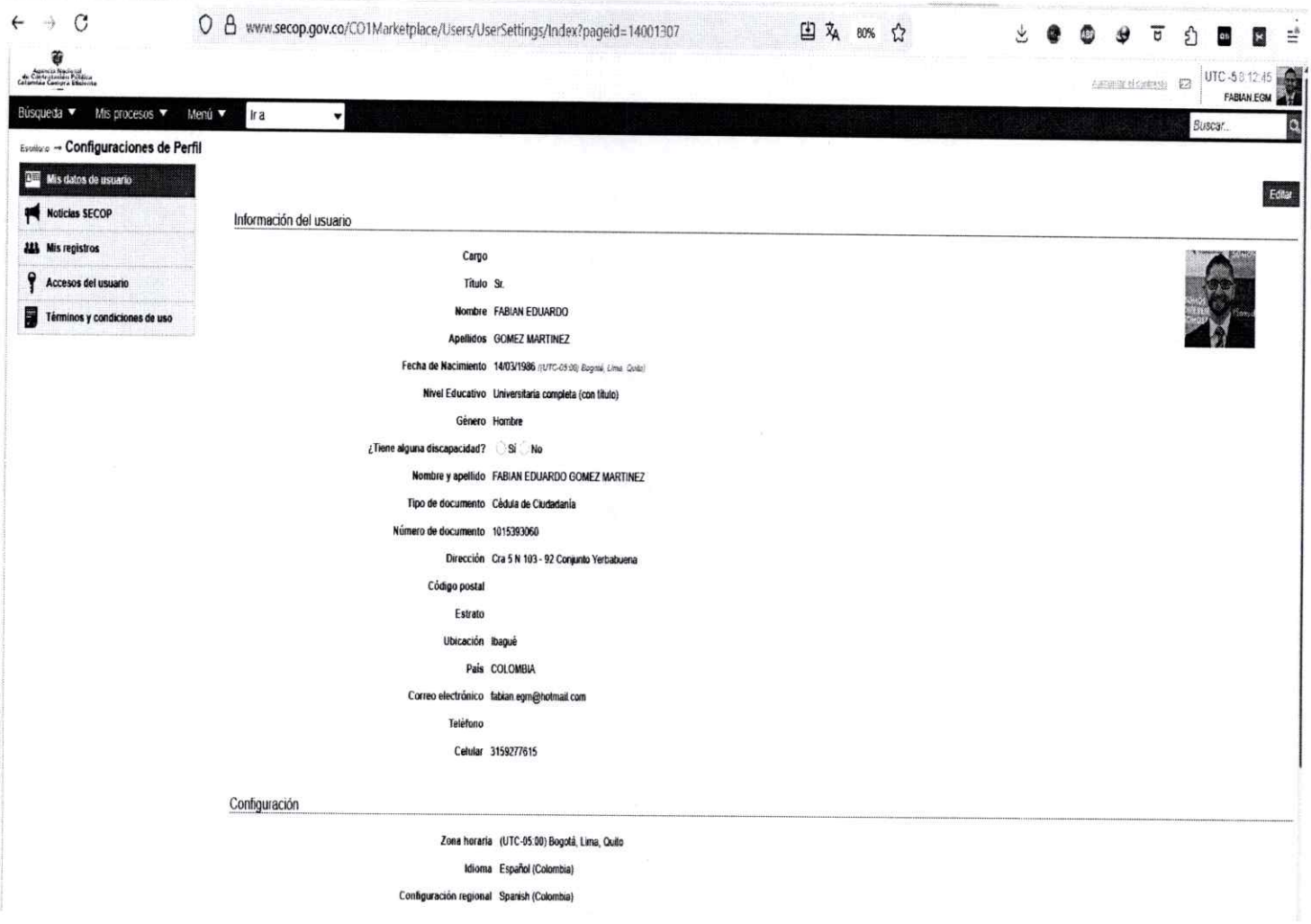
a

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


www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
80%
UTC -5 8:12:45
FABIAN.EGM
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Cargo
Título Sr.
Nombre FABIAN EDUARDO
Apellidos GOMEZ MARTINEZ
Fecha de Nacimiento 14/03/1986 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
Género Hombre
¿Tiene alguna discapacidad? Sí No
Nombre y apellido FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1015393060
Dirección Cra 5 N 103 - 92 Conjunto Yerbabuena
Código postal
Estrato
Ubicación Ibagué
País COLOMBIA
Correo electrónico fabian.egm@hotmail.com
Teléfono
Celular 3159277615
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)



La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio

"Carlos Blanco Nassar"

Anzoátegui - Tolima

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional
según Resolución No. 21301 del 12 de Diciembre de 1985

Confiere a:

Fabián Eduardo Gómez Martínez

El título de:

Bachiller Comercial

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

BACHILLERATO COMERCIAL
ANZOATEGUI TOLIMA
CARLOS BLANCO NASSAR

COLEGIO CARLOS BLANCO NASSAR
RECTORIA

Rubén Darío Moreno
Rector

Dado en Anzoátegui, Tolima el 2 de Diciembre del año 2002

Acta General de Graduación No 09 de Diciembre 02 del año 2002.

Folio No. 65.

Este diploma no requiere registro ante la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima (Decreto 821 de Mayo 6 de 1994)

POLI
POLITÉCNICO
GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

En atención a que:

Fabian Eduardo Gomez Martinez

CC. No. 1015393060 Expedida en Bogotá D.C.

Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de

Contador Público

y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad,
en testimonio de lo cual se firma.
Bogotá D.C., Septiembre 22 de 2022

EL DECANO

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Diploma 115377 registrado en Libro 14, Folio 122, Reg. Interno 124270

Este Diploma se registró en la Institución con base en las disposiciones legales, especialmente el Decreto No. 2150 del 5 de diciembre de 1995

Registrado en el Libro de Actas 19, Folio 46

POLI
POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

ACTA DE GRADO Núm. 553

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el día 22 de Septiembre del 2022, bajo la presidencia del Doctor, **JUAN FERNANDO MONTAÑEZ MARCIALES**, Rector del Politécnico Grancolombiano, se llevó a cabo la ceremonia de entrega del diploma en que consta el título académico de **Contador Público**, programa que fue aprobado por medio de la Resolución número 4428 del 08 de Abril de 2015 del Ministerio de Educación Nacional, a **GOMEZ MARTINEZ FABIAN EDUARDO**, identificado(a) con la CC No. 1015393060 de Bogotá D.C., quien cumplió con todos los requisitos académicos exigidos para obtener dicho reconocimiento.

El título académico fue registrado en el folio 46 del libro Número 19 de actas de grado, y le correspondió el diploma Número 115377.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado,

EL RECTOR
JUAN FERNANDO MONTAÑEZ MARCIALES

EL SECRETARIO GENERAL
JAIME SARMIENTO MARTINEZ

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Fabián Eduardo Gómez Martínez

C.C. No. 1.015.393.060 de Bogotá D.C.

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Tecnólogo en Informática

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Secretario General

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Acta de Grado No.

206

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

La Suscrita Secretaria General de la Corporación Universitaria Minuto de Dios,

Certifica

Que en el municipio de Lérida, Tolima, el día 27 de Marzo de dos mil diez (2010), La **Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO ,** Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió **el título de Tecnólogo en Informática** a **Fabián Eduardo Gómez Martínez,** identificado con cédula de ciudadanía No **1.015.393.060** de **Bogotá, D.C.** quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **6302** que lo acredita como tal, registrado en el Folio **395** del Libro **002** de Registro de Títulos expedidos por **La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.**

La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992 y el programa cuenta con autorización de funcionamiento según Registro SNIES No. **28292004000734080140O,** concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior, se firma en Lérida, Tolima, el día veintisiete (27) de marzo de dos mil diez (2010).

Linda Guarín Gutiérrez
Secretaria General

Personería Jurídica otorgada por la resolución 10345 del 1 de Agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICACION No. 151 DE 2025

LA SUSCRITA JEFE DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E.

H A C E C O N S T A R:

Que Señor **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ**, Identificado con el NIT No. 1.015.393.060-3, ha ejecutado los siguientes Contratos, así:

CONTRATO N°	**032**
FECHA	06 de enero de 2022
CONTRATANTE	Hospital Especializado Granja Integral E.S. E.
OBJETO:	Prestación de servicios para brindar apoyo a la gestión en lo referente a la administración y parametrización sistema de información SIHOS WEB.
FECHA INICIO:	07 de enero de 2022
VALOR CONTRATO:	Veinte millones ochocientos mil pesos ($20.800.000).
PLAZO	Siete (07) meses y veinticinco (25) días contados a partir de la firma del acta de inicio.

ACTA DE MOFICACION, ADICION Y/O PRORROGA	**No. 01**
VALOR INICIAL	Veinte millones ochocientos mil pesos ($20.800.000).
VALOR ADICIÓN	Diez millones cuatrocientos mil pesos ($10.400.000)
PLAZO ADICION	Cuatro (04) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	Treinta y un millones doscientos mil pesos ($31.200.000)
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	Once (11) meses y veinticinco (25) días
CALIDAD DEL SERVICIO	**Bueno**

Siendo sus obligaciones especificas las siguientes:

1.Realizar asesoría y brindar soporte en lo referente a la óptima operatividad de sistema de información de los siguientes módulos y procesos: Presupuesto, Tesorería, Facturación y Cartera, Glosas, contabilidad, Nomina, Caja, Generador de Reportes, Inventarios y farmacia, Procesos Especiales.

2. Brindar asesoría y apoyo en la configuración de entidades responsables del pago junto con sus contratos, tipos de usuario, modalidad y manuales tarifarios.

3. Corregir causaciones a nivel de detalle en ejecución presupuestal de ingresos en documentos que modifiquen los recaudos y reconocimientos.

4. Corregir detalles de inventario a nivel de lotes y cantidades por causaciones erradas.

5. Apoyar la corrección de errores a nivel de detalle contable para garantizar una óptima generación de estados financieros.

6.Brindar asesoría al área de facturación y cartera en los procesos de causación, corrección de imputaciones erradas, descargue de glosas conciliaciones y aplicación de pagos garantizando su optimo registro en contabilidad y presupuesto.

CONTRATO N°	**018**
FECHA	06 de enero de 2023
CONTRATANTE	Hospital Especializado Granja Integral E.S. E.
OBJETO:	Prestación de Servicios Profesionales para asesorar la administración y parametrización del sistema de información SIHOS WEB.
FECHA INICIO:	06 de enero de 2023
VALOR CONTRATO:	Treinta y cuatro millones seiscientos treinta y dos mil pesos ($34.632.000).

PLAZO Trescientos sesenta (360) días contados a partir de la firma del acta de inicio.

CALIDAD DEL SERVICIO **Bueno**

Siendo sus obligaciones especificas las siguientes:

1.Realizar asesoría y brindar soporte en lo referente a la óptima operatividad de sistema de información de los siguientes módulos y procesos: Presupuesto, Tesorería, Facturación y Cartera, Glosas, contabilidad, Nomina, Caja, Generador de Reportes, Inventarios y farmacia, Procesos Especiales.

2. Brindar asesoría y apoyo en la configuración de entidades responsables del pago junto con sus contratos, tipos de usuario, modalidad y manuales tarifarios.

3. Corregir causaciones a nivel de detalle en ejecución presupuestal de ingresos en documentos que modifiquen los recaudos y reconocimientos.

4. Corregir detalles de inventario a nivel de lotes y cantidades por causaciones erradas.

5. Apoyar la corrección de errores a nivel de detalle contable para garantizar una óptima generación de estados financieros.

6.Brindar asesoría al área de facturación y cartera en los procesos de causación, corrección de imputaciones erradas, descargue de glosas conciliaciones y aplicación de pagos garantizando su optimo registro en contabilidad y presupuesto.

CONTRATO N° **024**
FECHA 06 de enero de 2024
CONTRATANTE Hospital Especializado Granja Integral E.S. E.
OBJETO: Prestación de servicios profesionales para asesorar la administración y parametrización del sistema de información SIHOS WEB
FECHA INICIO: 09 de enero de 2024

VALOR CONTRATO: Veintiocho millones ochocientos mil pesos ($28.800.000).

PLAZO Seis (06) meses contados a partir de la firma del acta de inicio.

CALIDAD DEL SERVICIO **Bueno**

Siendo sus obligaciones especificas las siguientes:

1.Realizar ajustes de facturas de venta electrónicas, habilitándolas para realizar notas contables de anulación.

2. Brindar asesoría y apoyo en la configuración de entidades responsables del pago junto con sus contratos, tipos de usuario, modalidad y manuales tarifarios.

3. Realizar documentos de depreciación de activos fijos de manera mensual.

4. Apoyar procesos de parametrización, corrección y causación de nómina cuando el área de talento humano lo requiera.

5. Realizar reclasificación de saldos a nivel de detalle de cuentas contables por causaciones erradas cuando el área de contabilidad lo requiera.

6. Corregir detalles de inventario a nivel de lotes y cantidades por causaciones erradas.

7. Apoyar la corrección de notas erradas en liquidaciones de servicios de salud que son visibles en facturas de venta por solicitud del área de facturación o de auditoría.

8. Realizar actualización de recibos de caja correspondientes a copagos o pagos por ventas a particulares consignados directamente a las cuentas de ahorro del hospital, cambiando su forma de pago de efectivo a consignación, fondo y contabilización de cuentas de caja principal a la cuenta del banco correspondiente.

9. Apoyar la revisión del presupuesto de ingresos en el aparatado de recaudos, realizando las correcciones necesarias por imputaciones presupuestales erradas

según legalizaciones de recibos de caja de los diositos por identificar actualizando regímenes y vigencias.

10. Apoyar los procesos de presupuesto de gastos junto con las interfaces de los módulos de tesorería e inventarios para garantizar una óptima operatividad del presupuesto en línea.

11. Apoyar la causación de las conciliaciones referentes a cruce de cuentas entre Hospital Reina Sofía de España y Hospital Especializado Granja Integral.

12. Apoyar la revisión y corrección del presupuesto de ingresos en lo referente a reconocimientos, verificando que su valor sea coincidente con los ingresos de la cuenta 4312 del balance de prueba.

13. Apoyar la verificación de manera mensual de los reportes de cartera garantizando que no exista facturación pendiente por radicar.

14. Brindar asesoría al área de facturación y cartera en los procesos de causación, corrección de imputaciones erradas, descargue de glosas conciliaciones y aplicación de pagos garantizando su optimo registro en contabilidad y presupuesto.

15. Brindar apoyo al área de contabilidad en lo relacionado con los cierres de los módulos de Inventarios, Facturación y Cartera, Caja, Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Glosas y Objeciones.

16. Brindar apoyo al área contable correspondiente a corrección y validación de inconsistencias presentadas en el cruce de información de los formularios de, facturación, cartera, presupuesto, balance general y estado de resultados del decreto único reglamentario 780.

CONTRATO N°	**121**
FECHA	09 de julio de 2024
CONTRATANTE	Hospital Especializado Granja Integral E.S. E.
OBJETO:	Prestación de servicios profesionales para asesorar la administración y parametrización del sistema de información SIHOS WEB.
FECHA INICIO:	09 de julio de 2024
VALOR CONTRATO:	Veintisiete millones seiscientos ochenta mil pesos ($27.680.000)
PLAZO	Cinco (05) meses y veintitrés (23) días contados a partir de la firma del acta de inicio
CALIDAD DEL SERVICIO	**Bueno**

Siendo sus obligaciones especificas las siguientes:

1.Realizar ajustes de facturas de venta electrónicas, habilitándolas para realizar notas contables de anulación.

2. Brindar asesoría y apoyo en la configuración de entidades responsables del pago junto con sus contratos, tipos de usuario, modalidad y manuales tarifarios.
3. Realizar documentos de depreciación de activos fijos de manera mensual.

4. Apoyar procesos de parametrización, corrección y causación de nómina cuando el área de talento humano lo requiera.

5. Realizar reclasificación de saldos a nivel de detalle de cuentas contables por causaciones erradas cuando el área de contabilidad lo requiera.

6. Corregir detalles de inventario a nivel de lotes y cantidades por causaciones erradas.

7. Apoyar la corrección de notas erradas en liquidaciones de servicios de salud que son visibles en facturas de venta por solicitud del área de facturación o de auditoría.

8. Realizar actualización de recibos de caja correspondientes a copagos o pagos por ventas a particulares consignados directamente a las cuentas de ahorro del hospital, cambiando su forma de pago de efectivo a consignación, fondo y contabilización de cuentas de caja principal a la cuenta del banco correspondiente.

9. Apoyar la revisión del presupuesto de ingresos en el aparatado de recaudos, realizando las correcciones necesarias por imputaciones presupuestales erradas según legalizaciones de recibos de caja de los diositos por identificar actualizando regímenes y vigencias.

10. Apoyar los procesos de presupuesto de gastos junto con las interfaces de los módulos de tesorería e inventarios para garantizar una óptima operatividad del presupuesto en línea.

11. Apoyar la causación de las conciliaciones referentes a cruce de cuentas entre Hospital Reina Sofía de España y Hospital Especializado Granja Integral.

12. Apoyar la revisión y corrección del presupuesto de ingresos en lo referente a reconocimientos, verificando que su valor sea coincidente con los ingresos de la cuenta 4312 del balance de prueba.

13. Apoyar la verificación de manera mensual de los reportes de cartera garantizando que no exista facturación pendiente por radicar.

14. Brindar asesoría al área de facturación y cartera en los procesos de causación, corrección de imputaciones erradas, descargue de glosas conciliaciones y aplicación de pagos garantizando su optimo registro en contabilidad y presupuesto.

15. Brindar apoyo al área de contabilidad en lo relacionado con los cierres de los módulos de Inventarios, Facturación y Cartera, Caja, Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Glosas y Objeciones.

16. Brindar apoyo al área contable correspondiente a corrección y validación de inconsistencias presentadas en el cruce de información de los formularios de, facturación, cartera, presupuesto, balance general y estado de resultados del decreto único reglamentario 780.

La presente se expide a solicitud del interesado.

Dada en Lérida Tolima, a los veinte (20) días del mes de noviembre dos mil veinticinco (2025).

ELIZABETH CORTES GOMEZ
Profesional Universitaria Área de Contratación

Proyectó: Paulina Ramírez-Auxiliar Administrativo

HOSPITAL
Federico Arbeláez E.S.E
NIT. 890702080

CERTIFICACIÓN LABORAL

Cunday, Tolima, 28 de diciembre de 2024

A quien corresponda:

El suscrito, Javier Ignacio Rodríguez Niño, en mi calidad de Profesional Universitario, del Hospital Federico Arbeláez Empresa Social del Estado (ESE), ubicado en el municipio de Cunday, Tolima,

certifica que:

Fabián Eduardo Gómez Martínez, identificado con cédula de ciudadanía número 1.015.393.060, laboró en nuestra institución en calidad de **Contador Público**, desempeñando sus funciones con responsabilidad, ética y compromiso.

Periodo laboral:
Desde: 01 de Junio de 2023
Hasta: 31 de mayo de 2024

Funciones principales desempeñadas:

- Gestión de la contabilidad general de la institución, cumpliendo con las normativas vigentes.
- Elaboración y presentación de informes financieros y presupuestales.
- Supervisión de los registros contables y aseguramiento de la transparencia en los procesos.
- Apoyo en auditorías internas y externas, garantizando la confiabilidad de la información financiera.
- Cumplimiento de obligaciones tributarias y fiscales.

Durante su tiempo en la institución, el señor Fabián Eduardo Gómez Martínez demostró ser un profesional competente, íntegro y comprometido con los objetivos del hospital.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO RODRGEZ NIÑO
Profesional Universitario
Hospital Federico Arbeláez ESE
Cunday, Tolima

Sinergia	CERTIFICADO LABORAL	CODIGO: SIN-ADM01-09
		VERSION: 0
APROBO: GERENTE GENERAL		VIGENCIA : 05/11/2009
		PAGINA : 1 DE 1

SINERGIA – Sistemas y Tecnologías de Información

CERTIFICA QUE

El señor **FABIAN EDUARDO GÓMEZ MARTÍNEZ,** con documento de identificación Nº 1.015.393.060 de Bogotá, laboró en esta empresa mediante ordenes de prestación de servicios realizando actividades como Técnico en mantenimiento de hardware y mantenimiento de software Sihos, en los siguientes periodos:

- Diciembre 15 de 2008 al 31 de diciembre de 2008
- Enero 1 de 2009 al 31 de enero de 2009
- Febrero 1 de 2009 al 28 febrero de 2009

Laboró con contrato a término definido como Técnico en sistemas en las siguientes Fechas:

- 1 de Marzo de 2009 al 31 de Diciembre de 2009
- 2 de Enero de 2010 al 31 de Enero de 2010

La presente certificación se expide a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de dos mil once (2011) por solicitud del interesado.

JULIO CESAR GOMEZ GUZMAN
Gerente General

ASOCIAMOS
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

Ibagué, junio 28 de 2011

LA JEFE

DE RECURSO HUMANO DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

"ASOCIAMOS"

Nit: 809 005 446 -9

HACE CONSTAR

Que el señor **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ** identificado con Cedula de Ciudadanía **1.015'393.060,** fue contratista de la Cooperativa y realizo actividades como Ingeniero de Soporte, a través de un contrato por prestación de servicios, para la empresa **TECNOLOGIAS SINERGIA S.A.S.**, desde el primero (01) de febrero de 2010 al treinta (30) de julio de 2010.

La presente se expide a solicitud del interesado.

ALBA ROCIO TRIANA

Certificado laboral

HOSPITAL CENTRO E.S.E.
NIT 890.704.555-7

En virtud a que **FABIAN EDARDO GOMEZ MARTINEZ** identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.015.393.060, laboró en esta institución desde **01 de Agosto de 2010** hasta **el 30 de Septiembre de 2017,** se procede a certificar que:

FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ, desempeñó el cargo de **COORDINADOR DE SISTEMAS Y FACTURACIÓN,** por orden de prestación de servicios con un salario variable $2.870.400 con las siguientes funciones a cargo:

Dotar de herramientas necesarias al grupo de liquidación de servicios de salud para lograr una facturación limpia y oportuna.	Generar la retención en la fuente mensual, enviarla al área de contabilidad para ser diligenciada en el portal de la Dian para su posterior pago.	Optimizar los procesos de información del Hospital Centro ESE de Planadas, contribuyendo con la entrega oportuna de información y generación de informes.
Prestar apoyo al área de auditoría de cuentas médicas.	Realizar ajustes contables y la conciliación entre módulos adyacentes a contabilidad	Realizar y enviar informe referente al SISMED por medio de la plataforma PISIS al ministerio de salud.
Realizar facturas por concepto de los contratos de primer nivel y promoción y prevención de capitación.	Realizar ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos	Realizar y enviar informe por medio de la plataforma PISIS al ministerio de salud correspondiente a la circular 256 en relación con el Sistema de Información para la calidad en salud.

Realizar periódicamente acercamientos al personal misional de la institución, para indicar las falencias que se encuentren en la auditoría referente al correcto diligenciamiento de la historia clínica electrónica.	Realizar los cierres mensuales y anuales de los módulos de contabilidad, presupuesto, caja y tesorería.	Realizar los formularios correspondientes a la cuenta anual: formulario f06_cdt, formulario f06a_cdt, formulario f09_cdt y formulario f10_cdt con sus anexos correspondientes.
Realizar y validar Rips correspondientes a las atenciones prestadas por el Hospital Centro ESE.	Realizar diligenciamiento de los formularios de facturación, mecanismos de pago y contratación externa, del informe del decreto 2193, prestar apoyo para realizar la validación, corrección de inconsistencias bloqueantes e informativas, realizar los ajustes correspondientes en software institucional y envío a la alcaldía municipal.	Realizar informe correspondiente a la circular 015 de la Supersalud, referente a la gestión de accidentes de tránsito archivo ST006.
Realizar inducción en el sistema de información sihos web al personal asistencial en el correcto diligenciamiento de historia clínica electrónica y generación de reportes, inducción al personal administrativo dependiendo el tipo de actividad para la que fue contratado.	Realizar proyectos de acuerdo para modificaciones presupuestales, de ser aprobados por la junta directiva, realizar las incorporaciones o modificaciones necesarias según la dinámica.	Realizar, informe correspondiente a cuentas por pagar que trata la circular externa 016 de la Supesalud correspondiente al archivo FT004.

Prestar apoyo y resuelve problemas de configuración y manejo de todos los módulos del sistema de información sihos web	Realizar acompañamiento al área de cartera para el descargue de pagos y glosas de manera adecuada afectando apropiadamente la contabilidad.	Realizar actualización del sitio web institucional.
Realizar acompañamiento a la Coordinación de PYP para la Correcta Parametrización y proyección de los Programas y Procedimientos de Detección Temprana y Protección Específica con sus Finalidades Según la Resolución 412.	Realizar el registro en el presupuesto los recaudos y los reconocimientos generados durante el mes.	Realizar informe correspondiente a la circular externa 014 referente a los plazos del reporte de información relacionada con el giro directo de recursos del sistema general de seguridad social en salud.

La presente certificación se firma el día 07 del mes octubre de 2017

MARIA LUZ ELIDA ANGEL ORJUELA
Subgerente Administrativo
2265252
Hospital Centro ESE

FORMATO ACTA DE LIQUIDACIÓN	
ACTA LIQUIDACION POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 012 DE 01 DE ENERO DE 2026 SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E. Y FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ	
INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato No.	012 FECHA: 01 DE ENERO DE 2026
Tipo del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Fecha de suscripción:	01 DE ENERO DE 2026
Identificación:	C.C. 1.015.393.060 de Bogotá
Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO EN LA ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SIHOS WEB DEL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. DE ORTEGA.
Valor inicial:	$ 22.200.000
Valor adición:	N/A
Valor total del contrato:	$ 22.200.000
Plazo de ejecución inicial:	CIENTO (180) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, PREVIO PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO
Plazo adicional:	N/A
Plazo total:	CIENTO (180) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, PREVIO PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO
Fecha de inicio:	01 DE ENERO DE 2026
Fecha de finalización:	30 DE JUNIO DE 2026
Fecha de la presente acta:	04 DE SEPTIEMBRE DE 2026
Contratista:	FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
Supervisor:	JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PÉREZ

En el Municipio de Ortega – Tolima A los cuatro (04) días del mes de septiembre del año 2026, se reunieron en las instalaciones del Hospital los suscritos a saber, por una parte, el **HOSPITAL SAN JOSÉ DE ORTEGA E.S.E.**, identificado con el NIT 890.700.967-1, representada legalmente en su condición de Gerente por la doctora **DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS** , mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 53.122.713 de Bogotá D.C., nombrada mediante Decreto No. 048 del 23 de marzo de 2024, posesionada el 1 de abril del año 2024 por el señor Alcalde del municipio de Ortega Tolima, facultada para celebrar contratos de conformidad con el Acuerdo No. 018 de 2024, y quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE y por otra parte, **FABIAN EDUARDO**

Vigilado Supersalud

GOMEZ MARTINEZ, identificado con C.C. 1.015.393.060 de Bogotá, quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, A fin de realizar de común acuerdo, la liquidación del presente contrato, de conformidad con las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. Que entre el Hospital San José de Ortega E.S.E. y **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ** el día 01 de enero de 2026 se suscribió un contrato de prestación de servicios profesionales No. 012 cuyo objeto contractual es **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO EN LA ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SIHOS WEB DEL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. DE ORTEGA."** por un plazo de **CIENTO OCHENTA (180) DIAS CALENDARIO**, por un valor de **VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($22.200.000)**
2. Que el contrato cuenta con el Registro Presupuestal No. 012 de fecha 01 de ENERO del año 2026.
3. Que se recibió del contratista el respectivo informe de ejecución y facturas para su revisión y aprobación con el ánimo de adelantar el proceso de pago y liquidación del contrato.
4. El contratista aportó los documentos los cuales acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de los impuestos correspondientes a las estampillas.
5. Que el contrato se ejecutó conforme al siguiente balance financiero:

BALANCE FINANCIERO		
Valor inicial del contrato:		$ 22.200.000
Valor adición:		$ 0
Valor total del contrato:		$ 22.200.000
Valor total ejecutado:	$ 22.200.000	
Valor total pagado	$ 22.200.000	
valor por pagar	$ 0	
Valor no ejecutado y a favor del Hospital	$ 0	
SUMAS IGUALES	**$ 22.200.000**	**$ 22.200.000**

6. Que el artículo 60 de la ley 80 de 1993 señala: Los contratos de tracto sucesivo, aquellos cuya ejecución o cumplimiento se prolongue en el tiempo y los demás que lo requieran, serán objeto de liquidación. También en esta etapa las partes acordarán los ajustes,

Vigilado Supersalud

revisiones y reconocimientos a que haya lugar. En el acta de liquidación constarán los acuerdos, conciliaciones y transacciones a que llegaren las partes para poner fin a las divergencias presentadas y poder declararse a paz y salvo.

7. Que el contratista aportó los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión, ARL y servicios sociales complementarios) y el pago de parafiscales de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

8. Que, a la fecha de suscripción de la presente acta de liquidación, no requiere de póliza, por lo tanto, es procedente liquidar el contrato de mutuo acuerdo.

9. Que por lo anterior las partes acuerdan;

ACUERDO

PRIMERO: Liquidar de mutuo acuerdo el contrato de prestación de servicios profesionales No. 012 de fecha 01 de ENERO del 2026 suscrito entre el **HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.** y **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ**, identificado con la C.C. **1.015.393.060 de Bogotá**; según las consideraciones de la presente acta de liquidación.

SEGUNDO: Liquidar el contrato de prestación de servicios profesionales No. 012 de fecha 01 de enero de 2026 conforme al siguiente detalle:

BALANCE FINANCIERO		
Valor inicial del contrato:		$ 22.200.000
Valor adición:		$ 0
Valor total del contrato:		$ 22.200.000
Valor total ejecutado:	$ 22.200.000	
Valor total pagado	$ 22.200.000	
valor por pagar	$ 0	
Valor no ejecutado y a favor del Hospital	$ 0	
SUMAS IGUALES	**$ 22.200.000**	**$ 22.200.000**

Vigilado Supersalud

TERCERO: Declaran las partes que, han cesado todas las obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicios profesionales No. 012 de fecha 01 de enero del 2026 y que, están de acuerdo íntegramente con el contenido de la presente.

CUARTO: EL CONTRATISTA renuncia a ejercer cualquier reclamación judicial o extrajudicial sobre el contenido del contrato de prestación de servicios profesionales No. 012 de fecha 01 de enero del 2026, objeto de liquidación bilateral, por considerar que la presente acta contiene la totalidad del acuerdo.

QUINTO: El contratista manifiesta que la entidad cumplió con todas sus obligaciones y que por lo tanto renuncia a toda acción, reclamación o demanda contra el en relación con el contrato y la presente liquidación.

Una vez firmada la presente acta de liquidación, queda perfeccionada y produce plenos efectos legales, se firma por los que en ella intervinieron, a los cuatro (04) días del mes de septiembre del año 2026.

El ordenador del gasto	El contratista
DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS Gerente Hospital San José E.S.E.	FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ C.C. 1.015.393.060 de Bogotá CONTRATISTA

El supervisor

JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ
Profesional universitario

Proyecto: Jennyffer Tatiana Santiago Pérez - Profesional Universitario
Revisó contenido jurídico: Laura Fernanda Rodríguez Moreno – Asesor Jurídica

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 36c25886-a4f1-4bba-84af-9dc39ede6c49

Nombres y apellidos / Full name: **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1015393060**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **14/03/1986**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3159277615**

Correo electrónico / e-mail: **fabian.egm@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	3	9	2014		V501024	PLANADA ESE HOSPITAL CENTRO NI	
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	23	3	2021		E202102011	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	LEIDY TATIANA OVIEDO SAEZ
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	10	5	2021	Sinovac	C202103045	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	LEIDY OVIEDO
12 meses	Fiebre amarilla	Única	8	6	2023	Fabricante	213VFC036Z	COYAIMA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	diana carolina triana bernal
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	17	6	2024		23GHBV015	ASOCIACION PROFAMILIA	ROCIO OSORIO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Mnistery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this document was extractedfrom **PAIWEB**, according to the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.015.393.060**

GOMEZ MARTINEZ

APELLIDOS

FABIAN EDUARDO

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1986**

ANZOATEGUI
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

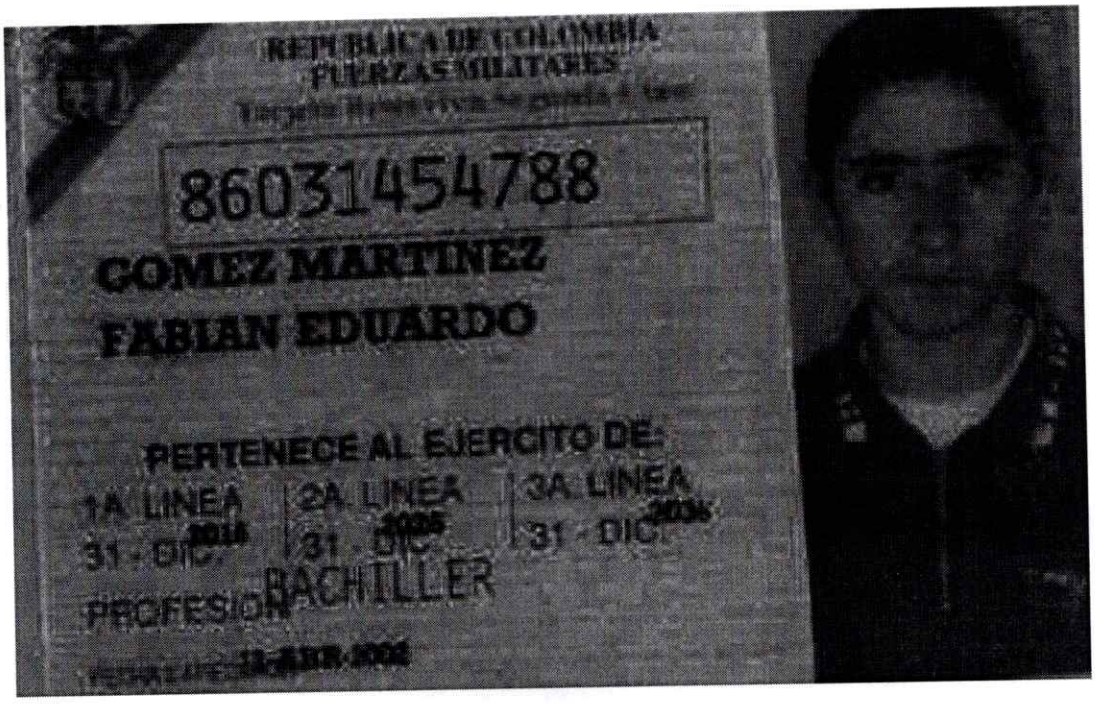
1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

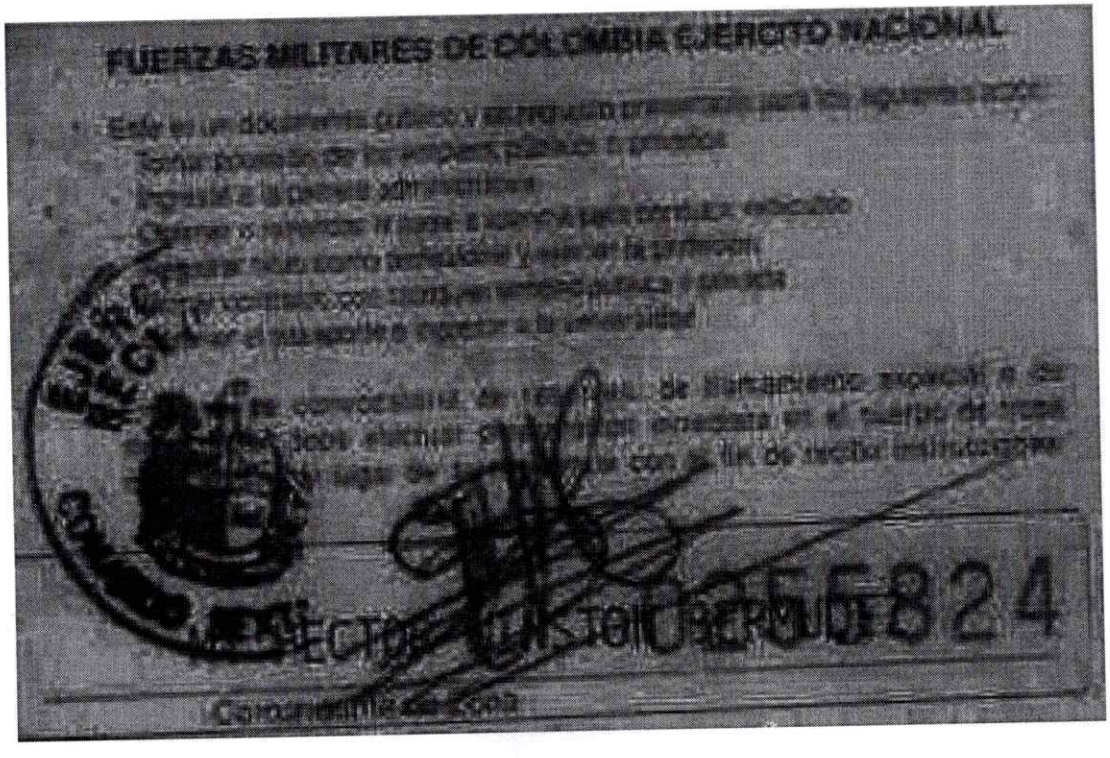
01-ABR-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2901300-01285639-M-1015393060-20220315 **0078**90949A 1 56739958


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
8603145478
GOMEZ MARTINEZ
FABIAN EDUARDO
PERTENECE AL EJERCITO DE:
1A LINEA
31 - DIC
2A LINEA
31 - DIC
3A LINEA
31 - DIC
PROFESION BACHILLER


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
1065824



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

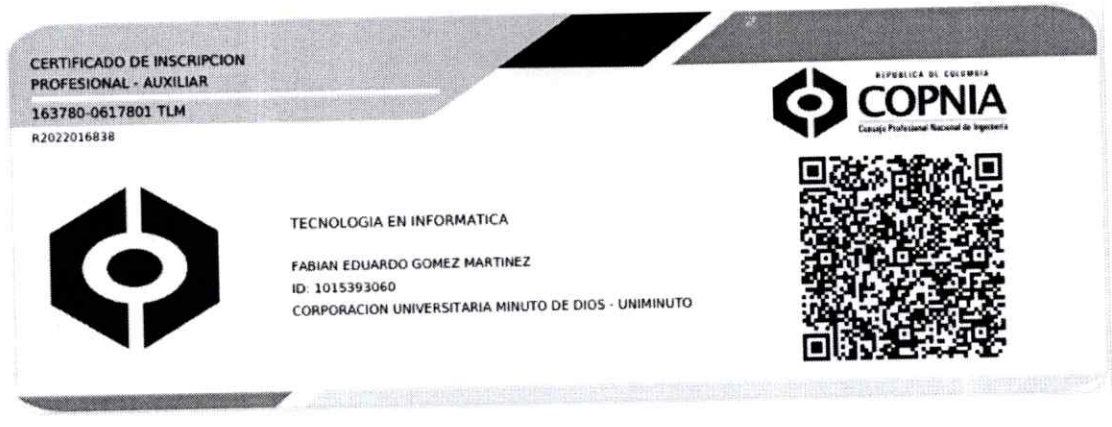
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

307726-T

FABIAN EDUARDO
GOMEZ MARTINEZ
C.C. 1015393060
RES. INSCRIPCION 131 DEL 18/04/2023
POLITECNICO GRANCOLOMBIANO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

357074 356795



CERTIFICADO DE INSCRIPCION
PROFESIONAL - AUXILIAR

163780-0617801 TLM

R2022016838

REPUBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

TECNOLOGIA EN INFORMATICA

FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
ID: 1015393060
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS - UNIMINUTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14877771760

(415)7707212489984(8020) 000001487777176 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 5 3 9 3 0 6 0	3	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 5 3 9 3 0 6 0	2 0 0 4 0 4 0 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	MARTINEZ	FABIAN	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CR 5 103 92

42. Correo electrónico: fabian.egm@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 9 2 7 7 6 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 2 0 2	2 0 1 0 0 8 0 1	8 2 1 1	2 0 1 0 0 8 0 1	6 9 2 0	9 5 1 1	3 1 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2022 - 11 - 22 / 12 : 46: 41

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GOMEZ MARTINEZ FABIAN EDUARDO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Centro Médico Ocupacional S.A.S
Resolución 2882 del 22/Sept/2021

CENTRO MÉDICO OCUPACIONAL CMO SAS
NIT. 900761915-3
Cra. 5 # 38 - 14 Local Mezzanine
Edificio Centro Profesionales Coomeva
Teléfonos: (608) 2 67 90 12 Celular: 300 268 70 75
cmo.saludocupacionalsas@gmail.com

CIUDAD Y FECHA: IBAGUÉ, 12 de Septiembre de 2025

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO

EMPRESA: INDEPENDIENTE

Empresa en Misión: INDEPENDIENTE

DATOS ASPIRANTE:



NOMBRES: FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ

C.C No: 1015393060 **Edad:** 39 Años

CARGO SOLICITADO: PRESTACION DE SERVICIOS

CONCEPTO MEDICO: APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Sospecha Enfermedad Profesional: No **Cuál:** no

Remisión a EPS: Si

Recomendaciones:
VALORACION POR CIRUGIA GENERAL DE LA EPS. EVITAR LABORES DE CARGAS MAYOR A 10 KILOS. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EPS. USO DE GAFAS PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL.
Tener puesto de trabajo ergonómico, buenos hábitos posturales, realizar pausas activas, alternar posturas, usar elementos de protección personal, hábitos y estilos de vida saludable. Inducción al cargo.

RESTRICCIONES:
EVITAR LABORES DE CARGAS MAYOR A 10 KILOS

OBSERVACIONES:
SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DECLARACION DEL TRABAJADOR: He sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, especificamente la RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 9°: personal responsable de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales, Además de la RESOLUCION 1918 2009 Artículo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen son verídicas y completas y autorizo al CENTRO MEDICO OCUPACIONAL CMO SAS, a realizar el Examen Médico Ocupacional y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la EMPRESA: INDEPENDIENTE, la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo quien ejercerá vigilancia y control sobre la misma, bajo los mas estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.

Médico Ocupacional
Res. 2436 de 04/09/2017

MARYLUZ PORRAS ALVAREZ
Res. 2436 del 04/09/2017

FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
C.C. No. 1015393060

Powered by CamScanner

Certificado Bancario

Lunes, 22 de junio de 2026

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ identificado(a) con CC 1015393060, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	15351667092	2009/07/21	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

Función Pública

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

Tipo de declaración: PERIÓDICO

Fecha de publicación: 2026-09-28 09:45

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FABIAN	EDUARDO	GOMEZ	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1015393060

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: ANZOÁTEGUI

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: IBAGUÉ

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

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: ORTEGA

Dirección: ["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$208.186.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$208.186.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$25.247.128,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CAMIONETA	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$90.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País
ACCIONES	$1.871.211,00	COLOMBIA

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, septiembre / 28 de 2026

Señor (a): FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
CC. 1015393060
CJTO YERBABUENA TV 6 APT1101
IBAGUE

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2024, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ, identificado(a) con C.C 1.015.393.060, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 28 de septiembre de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FABIAN EDUARDO MARTINEZ MARTINEZ identificado con CC. 1015393060 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA		
Tipo y Numero de Documento	NI - 890700967		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/23	**Fecha inicio contrato**	2026/01/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/07/01
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Inactiva		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Retirado

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28092026F1015393060M23101678.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032537
134

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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 lunes 28 de septiembre de 2026, a las 08:41:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1015393060
Código de Verificación	101539306026092808411 8

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303808402

PIB
08:40:02

Bogotá DC, 28 de septiembre 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) FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1015393060:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:39:21 AM horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1015393060**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ MARTINEZ FABIAN EDUARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/09/2026 08:42:11 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1015393060** y Nombre: **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ.**

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. **148501141** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 08:44:17 horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1015393060,** Apellidos y Nombres **GOMEZ MARTINEZ FABIAN EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE E.S.E**, con NIT **890700967-1** 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1015393060 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 28/09/2026 08:42 AM

Código Verificación: **WY9JHULNQD**

Válida hasta: **28/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0 6 A 5 E 1 0 F F 7 E 8 4 0 2 5

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1015393060 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 307726-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****
****

Dado en BOGOTA a los 28 días del mes de Septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2026-4777024

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1015393060, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de TECNOLOGIA EN INFORMATICA con CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AUXILIAR 163780-0617801 TLM desde el 27 de Mayo de 2022, otorgado(a) mediante Resolución Nacional R2022016838.

2. Que el(la) CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AUXILIAR es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AUXILIAR se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiseis (2026).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

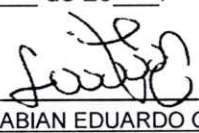
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.015.393.060 expedida en BOGOTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de ORTEGA, el día VENTIOCHO (28) de SEPTIEMBRE de 2026.

Firma: 
Nombre: FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
Cédula: 1015393060

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1015393060, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		X
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica)**.

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

) Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E, alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los Ventiocho (28) dias del mes de septiembre de 2026

1015393060

Fabian Eduardo Gómez Martínez

Nombre completo y firma CC.
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
CEDULA:	1015393060
CARGO:	APOYOA LA GESTION
DIRECCION:	CRA 5 N 103-92
TELEFONO:	3159277615
CORREO ELECTRONICO:	fabian.egm@hotmail.com

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el Ventiocho (28) del mes de septiembre del año 2026.

Firma:

C.C. No.1015393060 de BogotáDC

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, FABIAN EDARDO GOMEZ MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1015393060 expedida en BOGOTA DC, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: _____
Nombre: FABIAN EDUARDO GOMEZ MARTINEZ
Identificación: CRA 5 NO. 103-92
Fecha: 28/09/2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud