FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Diaz	Ramos	Ines Del Carmen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 45495119 | *SEXO*: F (X) M ( ) | *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES 01 AÑO 1968

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO MOÑITOS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 55 - 47 51 BARRIO PRADO MUNICIPIO DE BELLO

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

TELÉFONO 1234567 EMAIL drinesd@misena.edu.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	4		X	MAESTRIA EN GESTION Y AUDITORIAS AMBIENTALES			
PREGRADO	10	X		SALUD OCUPACIONAL	07	2013	
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN SALUD OCUPACIONAL	07	2004	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD MATISA SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3235143040	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA SST	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 52A - 21D 61 BARRIO ALTO BOSQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EDEMSA ELECTRICAS DE MEDELLIN			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	25	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISOR /	*DEPENDENCIA* SUPERVISOR SSTAQ						*DIRECCIÓN* CALLEJÓN 23D BIS D NORTE - 56G 45 NORTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TALLER SERVIMET			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6614339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	19	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE O COORDINADOR DE SISTEMAS	*DEPENDENCIA* SST						*DIRECCIÓN* CIRCULAR 34 G 34 D 45 NORTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (CODESS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6784568	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR SST	*DEPENDENCIA* ASESOR SST						*DIRECCIÓN* CIRCULAR 56 I 59 G 76 OESTE					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PAJARO PAJARO COMPAÑIA LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6746476	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	05	*Año* 2010	*Día*	14	*Mes*	04	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CCORDINADOR	*DEPENDENCIA* COORDINACION SST					*DIRECCIÓN* AVENIDA 4 D 23 J 34 OESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD POLYBOL S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	05	*Año* 2008	*Día*	06	*Mes*	05	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA SST	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO, CAMPO					*DIRECCIÓN* AVENIDA 5A A ESTE - 12B 55 ESTE MOMONAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD PORTAGAS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	06	*Año* 2008	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA SST	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO, CAMPO					*DIRECCIÓN* AVENIDA 5A A ESTE - 5B 55 ESTE MAMONAL KM 5					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA L SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:* 2022	*Día:*	21	*Mes:*	12	*Año:*	2022
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104A - 69 120					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SENA - SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3457894	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	23	*Mes:*	07	*Año:* 2021	*Día:*	18	*Mes:*	12	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* MEDELLIN- ANTIOQUIA					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDETEC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 6847646	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	06	*Año:* 2018	*Día:*	07	*Mes:*	12	*Año:*	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 47H BIS J OESTE - 23E 56 OESTE						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUACCION SUPERIOR CUN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	12	*Mes:*	08	*Año:* 2017	*Día:*	18	*Mes:*	11	*Año:*	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 34H BIS E SUR - 26G 69 OESTE						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUACCION SUPERIOR CUN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	08	*Mes:*	04	*Año:* 2017	*Día:*	20	*Mes:*	05	*Año:*	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CIRCULAR 56H BIS E SUR - 68D 23 OESTE						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACION UNIVERSITARIA ANTONIO DE AREVALO - UNITECNAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	26	*Mes:*	02	*Año:* 2016	*Día:*	07	*Mes:*	06	*Año:*	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 39A A ESTE - AVENIDA PEDRO DE HEREDIA CALLE 39						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUACCION SUPERIOR CUN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	07	*Mes:*	06	*Año:* 2016	*Día:*	07	*Mes:*	06	*Año:*	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 34F BIS F OESTE - 27E 09 OESTE						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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	8	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	9

6 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 Medellín, 3 de febrero 2023

Inés Díaz Ramos

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

Medellín, 16 de diciembre de 2023 — *Ciudad y fecha*

NIDIA BEDOYA LORA — *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Ines Del Carmen Diaz Ramos

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 45495119 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA MUNICIPIO: MEDELLÍN

DIRECCIÓN: CALLE 55 - 47 51 BARRIO PRADO MUNICIPIO DE BELLO TELÉFONO: 3045469198 / 1234567

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA DEL ROSARIO RAMOS DIAZ	45432999	MADRE
SERGIO DIAZ RAMOS	73154370	HERMANO(A)
RAMON DIAZ CASTILLO	2817640	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$42.773.250
HONORARIOS	$500.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$43.273.250

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	0550488416628110	CARTAGENA	10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI X** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
JAVIER ALTAMAR LOPEZ	C.C. **X** C.E. T.I.	73130738

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Inés Díaz Ramos	Medellín, febrero 2023
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893035964

(415)7707212489984(8020) 000001489303596 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 5 4 9 5 1 1 9	5	Impuestos de Cartagena 6	

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	4 5 4 9 5 1 1 9	1 9 8 9 0 5 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DIAZ	RAMOS	INES	DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: CALLE 55 41 51 BRR EL PRADO MCP BELLO ANTIOQUIA

42. Correo electrónico: inesdiaz_28@outlook.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 5 3 4 4 6 1	3 0 4 5 4 6 9 1 9 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 7 2 3	8 5 4 2	2 0 2 1 0 7 2 3				3 1 5 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 02 / 06 : 39: 35

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DIAZ RAMOS INES DEL CARMEN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **INES DEL CARMEN DIAZ RAMOS**; identificado(a) con **CC** número **45495119**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/08/2008**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **31** días del mes **1** del año **2023**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

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:

INES DEL CARMEN DIAZ RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **45.495.119**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bolivar Ganador

Secretaria de Salud de Bolívar

RESOLUCION No. ----1176

Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por la ResoluciónNo4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que **LA PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL, INES DEL CARMEN DIAZ RAMOS,** identificada con la cedula de ciudadanía **No 45.495.119, expedida en Cartagena**, ha solicitado la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, anexando la documentación exigida en la Resolución No. **4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud.**

Que con fundamento en el análisis hecho de la documentación allegada a la Secretaria de Salud Departamental de Bolívar y previa aprobación de la Licencia en el Comité Departamental de Salud Ocupacional el **28 de Agosto de 2013,** es procedente conceder la **LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL**.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Conceder **LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL A: INES DEL CARMEN DIAZ RAMOS,** identificada con la cedula de ciudadanía **No 45.495.119, expedida en Cartagena**, en las áreas de: Educación, Capacitación, Investigación, Diseño, Administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el trabajo.

ARTICULO SEGUNDO.- La Licencia de que trata el artículo anterior tiene vigencia por el termino de diez (10) años contados a partir de su expedición.

PARAGRAFO.- Licencia válida en todo el territorio nacional, personal e intransferible.

ARTÍCULO TERCERO.- Contra la presente resolución procede el recurso de reposición de conformidad con el artículo 74 del Código Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE:

01 OCT 2013

ANA MARIA ÁLVAREZ CASTILLO
Secretaria de Salud Departamental de Bolívar

KCC
Proyecto: Katty Cardona Cardona
Elaboro: Liliana Junco Hernández

Medellín enero 31 de 2023

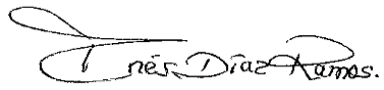
Doctora
María Elicenia Quintero Cardona
Subdirectora (e)
Centro para el Desarrollo del Hábitat y la Construcción
Medellín

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimada Doctora:

El suscrito INÉS DEL CARMEN DÍAZ RAMOS con C.C. No. 45.495.119 expedida el 25 de mayo de 1989, 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 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de 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 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.



INÉS DEL CARMEN DÍAZ RAMOS
C.C: 45.495.119
Teléfono: 3045469198

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 23:11:55 horas del 07/02/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **45495119,**
Apellidos y Nombres **DIAZ RAMOS INES DEL CARMEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** , con NIT **899999034-1** 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

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora INES DELCARMEN DIAZ RAMOS identificada con Cédula de Ciudadanía 45495119, se inscribió en nuestro servicio el día 13/01/2010.

El presente certificado se genera el día 31/01/2023, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

Centro Médico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar

CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01
NIT 901295132-8

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



FECHA DEL EXAMEN	*DIA:*	*MES:*	*AÑO:*	*CIUDAD:*	*DEPARTAMENTO:*
	03	**02**	**2023**	***CARTAGENA***	***BOLIVAR***

NOMBRE: ***INES DEL CARMEN***	F	M	EPS:	EDAD:
APELLIDOS: ***DIAZ RAMOS***	**X**		**NUEVA EPS**	**54 AÑOS**
DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN: ***45.495.119***	CIUDAD DE NACIMIENTO: **MONITOS**			
DIRECCIÒN: ***BARRIO OLAYA CALLE 34 61 #29***	DEPARTAMENTO: **CORDOBA**		FECHA NACIMIENTO	

Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Hijos	N.º	TIPO DE SANGRE: **O+**	Día	Mes	Año
		X		**SI**			**28**	**01**	**1968**

EMPRESA: SENA	**EPS: NUEVA EPS**			**ARL: SURA**		**AFP: PORVENIR**			**HORARIO DIURNO**	**X**		
CARGO: INSTRUCTORA	Aspira:	**X**		Ejecuta:		Desempeña:			HORARIO NOCTURNO			
TIPO DE EXAMEN	Ingreso:	**X**				Periódico:			Egreso:			
LABOR REALIZADA	De pie:	**X**		**X**		Sentada:	**X**		Deambulando:			
RIESGO ANTERIOR	Biológico:	**X**	Seguridad:			Físico:	**X**	Ergonómico: **X**	Químico:			
EMPRESA SOLICITANTE SENA			OCUPACIÒN **INSTRUCTORA**						CELULAR **304-5469198**			

Estudios diagnósticos Especiales		**Laboratorios Clínico**		**Laboratorio Clínico**		**Laboratorio Clínico**		Vacunación con Énfasis Ocupacional	
Visiometría	**X**	Hemoclasificación		Frotis Garganta		Perfil Lipídico	**X**	Hepatitis B	
Audiometría	**X**	Cuadro Hemático	**X**	AST (GPT)		Colesterol Total		Influenza	
Espirometría	**X**	Glicemia	**X**	ALT (GOT)		Colesterol HDL		Antitetánico toxoide	
Optometría	**X**	Parcial de Orina	**X**	BUN		Colesterol LDL		Fiebre Amarilla	
Imagenología (Rx)		Coprológico		Creatinina		Triglicéridos		Neumococo 13	
Electrocardiograma		KOH Uñas		Colinesterasa		Cocaína			
Osteomuscular	**X**	PSA		VDRL		Marihuana		Psicosocial	**X**
Foniatría	**X**			Serología II		Alcohol			

RESULTADOS DE ESTUDIOS CLÌNICOS	**NORMAL**	**ANORMAL**
OSTEOMUSCULAR	**X**	
COMPLEMENTARIOS	**X**	

CONCEPTO / SEGUIMIENTO

EXAMEN DE INGRESO		**EXAMEN PERIODICO**		**EXAMEN DE EGRESO**	
Apto Para el Cargo		Satisfactorio		Satisfactorio	
Apto con restricciones que no impiden su capacidad laboral		Presenta condiciones de enfermedad común que deben ser valoradas por la EPS.		Presenta limitaciones de origen común que deben ser valorados por EPS.	
Apto con restricciones que limitan su capacidad laboral		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.		Presenta secuelas de accidente de trabajo	
No apto para el Cargo		Presenta secuelas de accidente de trabajo		Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por ARL	
Aplazado		Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARL		Valoración por medicina laboral para evaluación y calificación.	
Apto Con recomendaciones	**X**	Apto Con recomendaciones			

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
LIC CO: 1576

PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA
Medico Especialista Salud Ocupacional
RC. 1576

Inés Díaz Ramos

FIRMA DEL TRABAJADOR
Reg. No. IDP 01248

Avenida Pedro de Heredia, Barrio el Líbano
Cra. 49C #31-25, Frente al SENA de los 4 Vientos - Al lado de TECNAR
centromedicoirisdeavilaips@hotmail.com
Celular: 310 5219820 - 300 2271655

Centro Médico Iris De Avila

Especialista Salud Ocupacional

Cartagena - Bolívar **CODIGO DE PRESTADOR 1300103224-01**
NIT 901295132-8



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

FECHA:	DIA: **03**	MES: **02**	AÑO: **2023**	CIUDAD: **CARTAGENA**		DEPARTAMENTO: **BOLIVAR**	
NOMBRE: **INES DEL CARMEN**				F	M	EMPRESA: **SENA**	
APELLIDOS: **DIAZ RAMOS**				**X**			
DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN: **45.495.119**				CIUDAD NACIMIENTO: **MONITOS** DEPARTAMENTO NACIMIENTO: **CORDOBA**			
TELEFONO/CELULAR: **304-5469198**				EDAD: **54 AÑOS** GRUPO SANGUINEO: **O+** EPS: **NUEVA EPS** ARL: **POSITIVA**		FECHA NACIMIENTO: Día: **28** Mes: **01** Año: **1968**	
DIRECCIÒN: **BARRIO OLAYA CALLE 34 61 #29**							
CARGO AL QUE ASPIRA : **INSTRUCTORA**				**PESO: 64kgs**	**TALLA: 1.68mts**	**IMC: 22.7**	**P/A: 120/70mmHg**

El servicio médico ocupacional con el **Dr.: PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA**, Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud para el desempeño, el cargo y las funciones, el cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada es:

APTO CON RECOMENDACIONES__X__
APTO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERFIEREN CON SU TRABAJO NORMAL_____
APTO CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL_____
APLAZADO_____
NO APTO _____

VALORACIÓN GENERAL.
1.CARDIOVASCULAR: AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN EN EL RITMO: NORMAL: __**X**__ANORMAL: _____. PERFUSIÓN DE EXTREMIDADES NORMAL: __**X**___ANORMAL_____
2.MUSCULO ESQUELÉTICO: POSTURA MARCHA ___**X**___, ASIMETRÍA_____DEFORMACIONES _____, EDEMAS _____ARTICULACIONES_____
3.PSICOSOCIAL: RASGOS DE PERSONALIDAD Y RELACIÓN CON SU ENTORNO ESTA DENTRO DE LO NORMAL ___**X**___ ANORMAL _____.
NO SE EVIDENCIA CAMBIOS EN SU ESTADO DE ANIMO NI DEPRESIVOS.
4. DERMATOLÓGICOS: PIEL, UÑAS Y FANERAS NO PRESENTAN CAMBIOS LLAMATIVOS ESTAN DENTRO DE LIMITES NORMALES
5. EXAMEN DE SANGRE: ESTAN DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES: GLICEMIA, CUADRO HEMATICO, PERFIL LIPIDICO, PARCIAL DE ORINA.
6.OPTOMETRIA: PRESBICIA Y ASTIGMATISMO CORREGIDA CON LENTES CON FORMULA MEDICA
7.VISIOMETRIA: DEFECTO DE REFRACION VISUAL LEJANA Y CERCANA
8.AUDIOMETRIA: AUDICION NORMAL BILATERAL
9.FONIATRIA: NORMAL
10.ESPIROMETRIA: NORMAL
11.PSICOSOCIAL: NORMAL
RECOMENDACIONES: VALORACION POR OPTOMETRIA PERIODICO DE SU EPS - EL TRABAJADOR RECIBIO ORIENTACION MEDICA SOBRE LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS PARA PREVENIR PROBABLES EFECTOS EN LA SALUD RELACIONADOS O ASOCIADOS CON LOS RIESGOS OCUPACIONALES PROPIOS EN SU CARGO.

ACLARACION DE APTITUD CONDICIONADA A LA PANDEMIA COVID-19

Se emite el concepto medico ocupacional de priorización de desarrollo de actividades laborales de manera la empresa debe capacitar a todos los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de trasmisión del COVID-19 y la manera de prevenirlo, durante el periodo de emergencia sanitaria como medida de protección, establecer métodos de trabajo con el mínimo de riesgos para la salud dentro del proceso de producción, en atención al numeral 4.1 y 4.1.2 de la resolución 0666 de 2020 y la circular 30 del 08 de mayo 2020 del ministerio de salud y protección social.

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
Lic. COS 1576

PEDRO LUIS MERCADO DE AVILA
Médico Especialista Salud Ocupacional
RC. 1576

Inés Díaz Ramos

FIRMA DEL TRABAJADOR
Reg. No. IDP 01248