FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Ramirez	Oscar Alejandro

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1103673602	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1103673602 D.M. 34

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 07 MES 03 AÑO 1993		CARRERA 9N ? 6 -26 casa el centro			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	PUERTO PARRA		
MUNICIPIO	PUERTO PARRA	TELÉFONO	3166258740	EMAIL	ogomezramirez31@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2009
										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	6	X		TECNOLOGIA DEPORTIVA	07	2016	no
PREGRADO	10	X		LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA Y ENTRENAMIENTO PERSONAL	01	2024	no

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 union temporal jovenes soñadores			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3135090948	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR DE EXPERIENCIA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 9 58					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208721175	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	22	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE EDUFISICO	*DEPENDENCIA* AREA DE EDUCACION FISICA					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 4 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208721175	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE EDUFISICO	*DEPENDENCIA* AREA DE EDUCACION FISICA					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 4 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208721175	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	11	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE EDUFISICO	*DEPENDENCIA* AREA DE EDUCACION FISICA					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 4 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6275090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL FORMADOR DEPORTIVO	*DEPENDENCIA* ACTI F, RECREACION Y DEPORTES					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 5 55					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6275090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL FORMADOR DEPORTIVO	*DEPENDENCIA* ACTI F, RECREACION Y DEPORTES					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 5 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6275090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	14	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL FORMADOR DEPORTIVO	*DEPENDENCIA* ACTI F, RECREACION Y DEPORTES					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 5 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFABA - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARRANCABERMEJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE, RECREACIONISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES Y RECREACION					*DIRECCIÓN* CALLE 49 17 14						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6275090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL FORMADOR DEPORTIVO	*DEPENDENCIA* ACTI F, RECREACION Y DEPORTES					*DIRECCIÓN* CALLE 8A 5 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO HUGO ZABALETA MENDEZ			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3153041188	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	02	*Mes*	09	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL EDUFISICO - RECREADOR LUDICO D	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD FISICA - BIENESTAR					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 51						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO PARRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUERTO PARRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6275090	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL FORMADOR DEPORTIVO	*DEPENDENCIA* AREA DE CULTURA, RECREACION Y DEPORTES						*DIRECCIÓN* CALLE 8A 5 55					

4 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*					

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	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	9

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Puerto Parra, 15 de junio de 2024



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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.103.673.602**
GOMEZ RAMIREZ

APELLIDOS
OSCAR ALEJANDRO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1993**
PUERTO PARRA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

09-MAR-2011 PUERTO PARRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2716700-00312169-M-1103673602-20110706 0027356551A 1 32694998

Certificado Bancario

Viernes, 14 de junio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1103673602, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	30667485530	2016/10/27	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA " UMECIT "

En virtud de la autorización que le confiere la ley y su propio reglamento hace constar que:

Oscar Alejandro Gomez Ramirez

Ha cursado y aprobado el plan de estudios de la Licenciatura en ***Educación Física y Entrenamiento Personal*** *a nivel de grado cuya resolución es la* ***ECTF-13-2014*** *y cumplido con los requisitos académicos legales por lo tanto le confiere el título de:*

Licenciado en Educación Física y Entrenamiento Personal

En fe de lo cual se le concede tal grado con los honores, derechos y privilegios respectivos y se expide este diploma que lo acredita como tal en la ciudad de Panamá a los 13 días del mes de enero del año 2024.

JOSÉ ALBERTO NIETO ROJAS
Rector

CLAUDIA MARCELA RUEDA OSSA
Vicerrectora General

BRITANIA MONTENEGRO B.
Secretaria General

Identificación Personal: **1.103.673.602** *No. de Diploma Serie:* **24092** *Tomo No.* **5**

REPÚBLICA DE PANAMÁ

APOSTILLE

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. En Panamá el presente documento público
2. ha sido firmado por **Britania Montenegro Bonilla**
3. quien actúa en calidad de **Secretaria General**
4. lleva el sello/timbre de **Universidad Metropolitana de Educación Ciencia y Tecnología**

Certificado

5. en **Ministerio de Relaciones Exteriores**
6. el día **9 de febrero de 2024**
7. por **Departamento de Autenticación y Legalización**
8. Número **2024-471297-926674**
9. Sello / Timbre
10. Firma del funcionario

Mariela Rodríguez Mendoza

CERTIFICADOR

No. 712491

REPÚBLICA DE PANAMÁ DEPARTAMENTO DE AUTENTICACIÓN Y LEGALIZACIÓN MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología

"Umecit"

Aprobado por la Universidad de Panamá, Resuelto N° 575 de 21 de julio de 2004

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Panamá a los trece (13) días del mes de enero del 2024, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último nivel de la carrera **LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y ENTRENAMIENTO PERSONAL ECTF-13-2014** Institución aprobada mediante Decreto Ejecutivo **No.575** de Julio 21 de 2004 en el Nivel **UNIVERSITARIO,** emanada de la Presidencia de la República de Panamá.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los egresados que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de grado, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA Y ENTRENAMIENTO PERSONAL,** al graduado cuyo nombre, apellidos y número de cédula de identidad personal se relaciona a continuación:

Oscar Alejandro Gomez Ramirez

Identificación Personal 1.103.673.602

Diploma No. 24092

La presente acta es un documento emanado del Acta original general **No.077** de trece (13) días del mes de enero del 2024, que consta de 59 graduados que comienzan con el nombre de Elauterio Zuñiga Moreno y se cierra con el nombre de Fredie Duque Cano.

Firmado y sellado por la Secretaría General.

Dada en ciudad de Panamá a los trece (13) días del mes de enero del 2024.

BRITANIA MONTENEGRO B.

Secretaria General

REPÚBLICA DE PANAMÁ

APOSTILLE

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. En Panamá el presente documento público
2. ha sido firmado por **Britania Montenegro Bonilla**
3. quien actúa en calidad de **Secretaria General**
4. lleva el sello/timbre de **Universidad Metropolitana de Educación Ciencia y Tecnología**

Certificado

5. en **Ministerio de Relaciones Exteriores**
6. el día **7 de febrero de 2024**
7. por **Departamento de Autenticación y Legalización**
8. Número **2024-471320-926726**
9. Sello / Timbre
10. Firma del funcionario

Mariela Rodríguez Mendoza

CERTIFICADOR

NO 711118

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

Las Unidades Tecnológicas de Santander

Confieren el Título de:

Tecnólogo Deportivo

a

OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ

Cédula de Ciudadanía No. 1.103.673.602 Expedida en Puerto Parra

1963

Quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello otorga el Presente diploma.

Expedido en la ciudad de Barrancabermeja
a los 29 días del mes de Julio de 2016

UNIDADES TECNOLÓGICAS
DE SANTANDER

ACTA DE GRADO No. 28277

En la ciudad de Barrancabermeja, Departamento de Santander, República de Colombia a los (29) días del mes de Julio del año Dos Mil Dieciséis (2016)

Se celebró la graduación de OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ

Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.103.673.602 Exp. en Puerto Parra

Presenciaron el acto el Señor Rector Ph.D Omar Lengerke Pérez

El Secretario General Dr. Edgar Pachón Arciniegas

El Decano de la Facultad de Facultad de Ciencias Socioeconómicas y Empresariales
Dr. Orlando Orduz Corredor

quien informó que el aspirante había culminado su programa académico y ha cumplido con todos los requisitos que los Estatutos y Reglamentos establecen.

A continuación el Rector tomó juramento al graduando e hizo entrega, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, del Diploma que lo acredita como: Tecnólogo Deportivo

De las Unidades Tecnológicas de Santander, en virtud del

Acuerdo No. 01 – 018 del 30 de Abril de 2009, emanado del Consejo Directivo de las Unidades Tecnológicas de Santander, según lo establecido en los Artículos 28 y 29 Literal C. de la Ley 30 de 1992.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta:

Dr. Edgar Pachón Arciniegas
Secretario General

Ph.D Omar Lengerke Pérez
Rector

Dr. Orlando Orduz Corredor
Decano

UNION TEMPORAL JOVENES SOÑADORES
NIT 901.759.564-9

CERTIFICA QUE

Que , **OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.103.673.602, prestó sus servicios a la **UNION TEMPORAL JOVENES SOÑADORES**, como **GESTOR DE EXPERIENCIAS** en el Municipio de PUERTO PARRA en el programa para el desarrollo de habilidades, vocaciones y talentos de niños y niñas, mediante Contrato De Prestación De Servicios desde el 23 de octubre de 2023 hasta el 30 de diciembre de 2023.

Se expide la presente certificación a la parte interesada, en Bucaramanga a los quince (15) días del mes de enero de 2024.

Atentamente,

Luis Alfredo Barreto Lavalle
C.C 85.152.294
Cel. 3135090948
Representante Legal

LA GERENTE DE LA ESE CENTRO DE SALUD PUERTO PARRA

CERTIFICA QUE:

El señor **OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.103.673.602 de Puerto Parra, contrató con la ESE Centro de Salud Puerto Parra, de la siguiente manera:

Contrato N° 056 de 12 de abril del 2021, cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EDUCACION FISICA PARA BRINDAR APOYO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE LA "DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES" PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DEL PIC SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA Y LA ESE CENTRO DE SALUD PUERTO PARRA,** del tiempo comprendido entre 12 de abril del 2021 al 11 de junio del 2021: por un valor total de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (**$ 4.500.000).**

Contrato N° 082 de 05 de agosto del 2022, cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EDUCACION FISICA PARA BRINDAR APOYO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE LA "DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES" PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DEL PIC SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA Y LA ESE CENTRO DE SALUD PUERTO PARRA,** del tiempo comprendido entre 05 de agosto del 2022 al 30 de octubre de 2022: por un valor total de SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/cte. ($7.500.000)**.**

Contrato N° 052 de 23 de mayo de 2023, cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EDUCACION FISICA PARA BRINDAR APOYO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE LA "DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES" PARA DAR**

CUMPLIMIENTO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DEL PIC SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA Y LA ESE CENTRO DE SALUD PUERTO PARRA, del tiempo comprendido entre 23 de mayo de 2023 al 22 DE JUNIO DE 2023: por un valor total de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/cte. ($2.500.000)..

La presente se expide a solicitud del interesado a los veinticuatro (24) días del mes de octubre de 2023.

Gentilmente,

E.S.E. CENTRO DE SALUD
PUERTO PARRA
SANTANDER
NIT: 829.003.945-6
GERENCIA

JANETH YAMILE VARGAS GARCIA
Gerente
E.S.E Centro de Salud Puerto Parra

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
MUNICIPIO DE PUERTO PARRA
NIT Nº 800.060.525-3

Versión: 2	GESTION DOCUMENTAL	**Código: F-GD-07**
Fecha: 03/11/2014	CONSTANCIA	**Página 1 de 1**

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO Y DESARROLLO SOCIAL DEL

MUNICIPIO DE PUERTO PARRA SANTANDER

CERTIFICA QUE:

OSCAR ALEJANDRO GÓMEZ RAMÍREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.103.673.602 expedida en Puerto Parra, prestó sus servicios para la Alcaldía Municipal de Puerto Parra – Santander, de la siguiente manera:

Contrato No. 022 de enero 16 de 2018, cuyo objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DE LA ESCUELAS DEPORTIVAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA, durante el periodo comprendido del 16 enero del 2018 hasta el 15 de julio de 2018.

Contrato No. 095 de agosto 01 de 2018, cuyo objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DE LA ESCUELAS DEPORTIVAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA, durante el periodo comprendido del 01 agosto del 2018 hasta el 20 de diciembre de 2018.

Contrato No. 024 de febrero 01 de 2019, cuyo objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DE LA ESCUELAS DEPORTIVAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA, durante el periodo comprendido del 01 febrero del 2019 hasta el 30 de mayo de 2019.

La presente se expide a los treinta y un (31) día del mes de mayo del Dos Mil Diez y nueve (2019) a solicitud del interesado.

JOSE DAVID GALINDO RUIZ
Secretario de Gobierno y Desarrollo Social

Scanned by CamScanner

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO Y DESARROLLO SOCIAL DEL

MUNICIPIO DE PUERTO PARRA SANTANDER

HACE CONSTAR QUE:

OSCAR ALEJANDRO GÓMEZ RAMÍREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.103.673.602 expedida en Puerto Parra, prestó sus servicios para la Alcaldía Municipal de Puerto Parra – Santander, a través del contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DE LA ESCUELAS DEPORTIVAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA, durante el periodo comprendido del 15 enero del 2018 hasta el 14 de julio de 2018.

La presente se expide a los treinta y un (31) día del mes de julio del Dos Mil Diez y Ocho (2018) a solicitud del interesado.

JOSE DAVID GALINDO RUIZ
Secretario de Gobierno y Desarrollo Social

Cafaba

Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja

NIT. 890.270.275-5

¡Bienestar para todos!

Certificación de Servicios Icontec CS-CER171048 | NTC 5555 Icontec FT-CER169869 | ISO 9001 Icontec SC 6574-1 SC 6574-2 SC 6574-3 SC 6574-4 | IQNet

EL JEFE DE DIVISIÓN JURÍDICA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA

CERTIFICA:

Que el señor **OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ,** mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía 1.103.673.602 expedida en Puerto Parra, suscribió en calidad de contratista el contrato que se relaciono a continuación:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No	175-2017
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO RECREACIONISTA DEL PROGRAMA ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ. SEGÚN RESOLUCION AEB No. 0284 DE 24 DE FENRERO DE 2017
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	09 DE AGOSTO DE 2017
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	30 DE NOVIEMBRE DE 2017
VALOR DEL CONTRATO	$6.350.000
VIGENCIA	2017

La anterior Certificación se expide a solicitud del interesado a los Quince (15) días del mes de Diciembre de dos mil Diecisiete (2017)

EDER LUIS BULLA MAZA
JEFE DIVISIÓN JURÍDICA

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTO	RUTH MARY CRUZ MUÑOZ	APOYO JURIDICO		15/12/2017
REVISO-APROBO	EDER LUIS BULLA MAZA	JEFE DE OFICINA JURIDICA		15/12/2017
ARCHIVADO EN	OFICINA JURIDICA			

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para su firma

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Cafaba REVISADO DIVISION JURIDICA EDER

Versión: 2	GESTION DOCUMENTAL	**Código: F-GD-07**
Fecha: 03/11/2014	CONSTANCIA	**Página 1 de 1**

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO Y DESARROLLO SOCIAL DEL

MUNICIPIO DE PUERTO PARRA SANTANDER

HACE CONSTAR QUE:

OSCAR ALEJANDRO GÓMEZ RAMÍREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.103.673.602 expedida en Puerto Parra, prestó sus servicios para la Alcaldía Municipal de Puerto Parra – Santander, a través del contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DE LA ESCUELAS DEPORTIVAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA, durante el periodo comprendido del 03 octubre del 2016 hasta el 15 de diciembre de 2016.

La presente se expide a los veintitrés (23) día del mes de febrero del Dos Mil Diez y Siete (2017) a solicitud del interesado.

OLGA LUCIA GUTIÉRREZ CASTRILLÓN
Secretario de Gobierno y Desarrollo Social

Centro Bienestar del Anciano
HUGO ZABALETA MENDEZ
Nit: 900.051.798-1

EL SUSCRITO DIRECTOR DEL CENTRO DE BINESTAR DEL ANCIANO HUGO ZABALETA MENDEZ

CERTIFICA QUE:

Que el Señor **OSCAR ALEJANDRO GÓMEZ RAMÍREZ,** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1.103.673.602. Expedida en Puerto Parra - Santander, Laboró en nuestra institución como **EDUCADOR FISICO,**

En el periodo Comprendido entre:

El día 15 de febrero al 02 de Septiembre de 2016.

Dada en Puerto Parra, a los Doce (12) días del mes de Septiembre de 2016.

Olvis A. Trespalacio M.
OLVIS ANTONIO TRESPALACIOS MATTOS
Director
Centro de Bienestar del Anciano Hugo Zabaleta Méndez
315 304 11 88

LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO Y DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO PARRA – SANTANDER

CERTIFICA QUE:

OSCAR ALEJANDRO GÓMEZ RAMÍREZ identificado con la cédula de ciudadanía número 1.103.673.602 expedida en Puerto Parra, realizó sus prácticas deportivas durante el periodo de marzo 09 a diciembre 30 de 2015 en el municipio de Puerto Parra, proceso que lideró el coordinador de deportes el señor JOTA MARIO GUERRERO.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado, el diez y nueve de julio de 2016.

OLGA LUCIA GUTIÉRREZ CASTRILLÓN
Secretaria de Gobierno y Desarrollo Social

CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Dr. Luis Eduardo Saavedra Puentes
Medico Esp. Salud Ocupacional
RM 01833 Lic SO 024244
Cel: 323 796 9885



1. IDENTIFICACION

Fecha	Octubre 23 de 2023	Nit	
Empresa	INDEPENDIENTE		
Nombre	OSCAR Alejandro Gómez Ramirez	Edad	30
Documento	1103673602		
Cargo	Gestor de Experiencia		

2. TIPO DE EXAMEN

	X	Ingreso		Egreso		Periodico		Aplazado
		Trabajo En Alturas		Post - Incapacidad			

3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Evaluacion Medico Ocupacional	X	Perfil Lipidico	
Osteomuscular y Postura	X	Trigliceridos	
Audiometria		Colesterol	
Visiometria		Glicemia	
Espirometria		Screnin Droga	
Vertigo		Serologia	
Parcial de Orina		Psicologicos	

4. RIESGOS OCUPACIONALES / RECOMENDACIONES

SVE Cardiovascular		Uso de EPP	X	Habitos y Estilos de Vida Saludabes	X
SVE Visual		Higiene Postural	X	Control de Peso	
SVE Auditivo		Pausas Activas	X	Autocuidado	X
SVE Respiratorio		Manejo de Cargas			
SVE Psicosocial		Remision a EPS			
SVE Ergonomico		Continuar Manejo Medico			

5. CONCEPTO

	X	Satisfactorio		No Satisfactorio		Con Restrinccion Laboral		Aplazado
		Apto Para el Trabajo en Alturas						

6. OBSERVACIONES

Apto para labor

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. Eldoctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Luis Eduardo Saavedra P.
Medico Especialista Salud Ocupacional
Licencia 024244

LUIS EDUARDO SAAVEDRA P. - RMSO: 024244

Oscar A. Gomez R.

FIRMA TRABAJADOR - CC 1103673602

LABORATORIO CLINICO

Bacterióloga – Rosa Amelia Martínez Pabón

FECHA: OCTUBRE 23 DE 2023
NOMBRE: OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ
C.C: 1.103.673.602
F – 1484

RESULTADOS LABORATORIO CLINICO

SEROLOGIA (VDRL)	NO REACTIVA
FROTIS FARINGEO	MICROBIOTA NORMAL
COPROLOGICO	NO SE OBSERVA PARASITOS INTESTINALES
KOH (UÑAS)	NEGATIVO

Bacterióloga y Lab. Clínico
U.S. Registro 0475 S.S.S.

ROSA A. MARTINEZ
Bacterióloga
Reg. 0475 S.S.S.

POBLADO GIRON
304 113 9631

Charles Berrio Jauregui

FECHA: OCTUBRE 23 DE 2023
NOMBRE: OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ
C.C: 1.103.673.602
F – 1484

CERTIFICADO MEDICO

Revisando los exámenes de laboratorio, se encontró que el paciente no presenta ninguna enfermedad infectocontagiosa que le impida manejar alimentos y vivir en comunidad.
Examen físico dentro de límites normales.
Órganos de los sentidos normales.

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

Esta certificación se expide para ser presentada a las autoridades sanitarias, de conformidad con la resolución 2674 de 2013

Dr. Charles Berrio Jauregui
Médico General
Ides
1096190758

DR. CHARLES BERRIO JAUREGUI
REG M. 1096190758

304 113 9631

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14964020884

(415)7707212489984(8020) 000001496402088 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 3 6 7 3 6 0 2	6	Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja 2 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 1 0 3 6 7 3 6 0 2	2 0 1 1 0 3 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Puerto Parra 5 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	RAMIREZ	OSCAR	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 34 B BRR LAS AMERICAS

42. Correo electrónico: ogomezramirez31@gmail.com

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

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 2	2 0 1 5 0 1 0 1	9 3 1 9	2 0 1 5 0 1 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 11 - 22 / 17 : 09: 55

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 RAMIREZ OSCAR ALEJANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Datos del ciudadano

Señor(a) OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1103673602.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: sábado, junio 15, 2024 - Hora de consulta: 11:46:20

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad
y las automáticas que ordena la Constitución Politica y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la Ley para algunos cargos de la ad
pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONA
ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduria más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

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 sábado 15 de junio de 2024, a las 11:51:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1103673602
Código de Verificación	1103673602240615115109

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:54:36 AM horas del 15/06/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1103673602**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ RAMIREZ OSCAR ALEJANDRO**

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.

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

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, 15/06/2024 11:59:00 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1103673602 .**

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. **94636223** . 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 12:04:22 horas del 15/06/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1103673602,**
Apellidos y Nombres **GOMEZ RAMIREZ OSCAR ALEJANDRO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **oscar gomez**, con NIT **110367360-2** 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.

Imprimir

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, actuando libre y voluntariamente, autorizo expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF, para que realice la recolección, , almacenamiento,, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el ICBF, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.icbf.gov.co Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual, que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en www.icbf.gov.co y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en www.icbf.gov.co.

Leído lo anterior y al diligenciar este formato de autorización de tratamiento de datos personales informo que como titular **autorizo** de manera previa, explícita e inequívoca al instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para realizar el tratamiento de mis datos personales entregados a la Entidad, dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas, conforme con la Política de tratamiento de datos personales, política publicada en el portal web www.icbf.gov.co ; además, declaro como titular que antes de entregar los datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Se suscribe en la ciudad de Puerto Parra, el día Quince (15) de junio de 2024.



Firma _____

Nombre ÓSCAR ALEJANDRO GÓMEZ RAMÍREZ

Cédula 1103673602

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Yo: Oscar Alejandro Gomez Ramirez, de nacionalidad Colombiana identificado(a) con CC X CE ____ No. 1103673602 expedida en la ciudad de Puerto Parra, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como los procedimientos y formatos asociados a la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación que se encuentran publicadas en la página web www.icbf.gov.co.
2. Utilizar los repositorios de almacenamiento de información dispuestos por el ICBF.
3. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y establecidos en las políticas de la Entidad y entregar toda información de inmediato a la persona designada por el ICBF, una vez haya suspensión o terminación del contrato o cambio en las obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual.
4. Garantizar que la seguridad de la información, que se pone en mi conocimiento y custodia, se está ejerciendo sobre ella la debida diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de responsabilidad y cuidado que ponga a disposición el Instituto, de conformidad a lo dispuesto en la Política de Seguridad y privacidad de la Información, seguridad digital y continuidad de la Operación del ICBF.
5. Propender por la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella debida diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de protección y custodia que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo con lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información del ICBF.
6. No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con el ICBF, así como no utilizarla de forma alguna, que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.

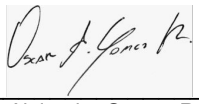
7. No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por el ICBF, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el **Principio de Confidencialidad** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el ICBF y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
8. No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en la web It u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información entre otras políticas adoptadas en el ICBF y las condiciones de seguridad requeridas, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para

PÚBLICA

otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

9. Tengo conocimiento que el incumplimiento de las anteriores disposiciones y compromisos facultará al Supervisor del contrato para compulsar y dar traslado a las autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

Se suscribe en la ciudad de Puerto Parra, el día Quince (15) de junio de 2024.



Firma
Nombre Oscar Alejandro Gomez Ramirez
Cédula 1103673602

PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

El(la) suscrito(a) Oscar Alejandro Gomez Ramirez identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1103673602 expedida en Puerto Parra, 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 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, 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 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Puerto Parra, el día Quince (15) de junio de 2024.

Firma _____

Nombre Oscar Alejandro Gómez Ramírez

Cédula 1103673602

PUBLICA

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1103673602
NOMBRES	OSCAR ALEJANDRO
APELLIDOS	GOMEZ RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	FLORIDABLANCA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	COTIZANTE

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:

OSCAR ALEJANDRO GOMEZ RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.103.673.602**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

USUARIO
AFILIADO

Estimado usuario:

El documento con tipo **CC** y número **1103673602** se encuentra afiliado a ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

¿ Desea generar un certificado de AFILIADO?.

SI NO