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
RAMOS	MARTINEZ	ETELVINA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 22616217	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 26 MES 11 AÑO 1977	CALLE 28 16 16 CASA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ATLÁNTICO
DEPTO	ATLÁNTICO	MUNICIPIO	MALAMBO		
MUNICIPIO	SOLEDAD	TELÉFONO	3003795912	EMAIL	eterama1126@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	12	AÑO	2003
										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	8	X		ENFERMERIA	12	2010	333309

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MALAMBO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* MALAMBO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3175604295	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 11 14 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -SONSON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SONSÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3206887032	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 7 151					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL LA CANDELARIA -PURIFICACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* PURIFICACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3223570488	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	13	*Mes*	08	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 7 55						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3003795912	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	11	*Año* 2023	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 5 26A 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3003795912	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 57 23A 100						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3003795912	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"					*DIRECCIÓN* CALLE 16 33B 12						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* MALAMBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3003795912	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"					*DIRECCIÓN* CALLE 10 23A 93						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* MALAMBO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2014	*Día*	09	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

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	4	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Angelópolis, Febrero 2 de 2026

Etelvina Ramos Martinez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 22.616.217 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	ATLANTICO	Municipio	MALAMBO
Dirección	CALLE 28 16 16 CASA			Teléfonos	3003795912

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 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 ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	8.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 8.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORRO	91271216373	MALAMBO	$ 25.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Malambo,09 de enero del 2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No 1329 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Enfermera

A ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

con cédula de ciudadanía No. 22.646.217 de Soledad

Testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 17 días del mes de Diciembre de 2010 y lo refrendan con las firmas de rigor

El Rector

El Secretario General

El Decano de la Facultad

Registrado en el Folio No 062 del Libro de Diplomas 130 Secretario General de la Universidad

7029

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 5424 DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 2005 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, CON PERSONERÍA JURÍDICA No. 1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972

ACTA DE GRADO No. 053

En Barranquilla, Departamento del Atlántico República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año ***2010,*** *se otorgó el título de* ***ENFERMERA,*** *a* ***RAMOS MARTINEZ ETELVINA MARIA,*** *con cédula de ciudadanía número* ***22616217,*** *expedida en* ***SOLEDAD.***

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos, habiéndose tomado el juramento de rigor se le hizo entrega del diploma correspondiente; distinguido éste con el ***No.7029.***

Para constancia se expide y se firma esta Acta; FDO. ***RODOLFO PÉREZ VÁSQUEZ,*** *Secretario General.*

Es fiel copia de su original.

RODOLFO PÉREZ VÁSQUEZ
Secretario General

Barranquilla, 17 de diciembre de 2010.

Gobernación del Atlántico

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08-00457 DE 2012

(15 DE FEBRERO DE 2012)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional"

EL SUBSECRETARIO DE ASESORÍA Y ASISTENCIA EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto No. 1875 del 3 de Agosto de 1994 y la Resolución No. 5462 de 2010, y la Resolución No 00172 de 2012 expedida por el Secretario de Salud Departamental.

C O N S I D E R A N D O

Que ETELVINA MARÍA RAMOS MATÍNEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.22.616.217 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como ENFERMERA, según TITULO que le otorgo la UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR, el día 17 de Diciembre de 2010, según Acta de Grado No.013.

Que dicho Título se registró por la UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR en Folio No. 032 del Libro de Registro No 039 con el Número 7029 el día 27 de Diciembre de 2010.

Que en cumplimiento de la Ley 1164 de 2007 y sus reglamentarios, así como de la Resolución 2261 de 14 de Junio de 2011, por el cual se definen criterios para la realización de un Sorteo de asignación de plazas de servicio social obligatorio para los profesionales de Medicina, Bacteriología, Odontología y Enfermería.

Que el Ministerio de la Protección Social llevó a cabo el 22 de Julio de 2011, el sorteo de plazas del SSO, el cual se realizó en las instalaciones del Ministerio de la Protección Social a las 3:00 P.M.

Que ETELVINA MARÍA RAMOS MATÍNEZ, NO salio favorecido (a) en el Sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, queda EXONERADO de la obligación de prestar el Servicio Social Obligatorio y la Secretaria de Salud del Atlántico debe autorizarle el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a ETELVINA MARÍA RAMOS MATÍNEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 22.616.217 expedida en Soledad - Atlántico para ejercer la Profesión de ENFERMERA en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 15 DE FEBRERO DE 2012

LUCIA PATRICIA SANCHEZ MAJANA
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

[illegible]
Profesional Universitario

[illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia A N E C

Fecha Registro(AAAA)



NOMBRES: ETELVINA MARIA
APELLIDOS: RAMOS MARTINEZ
C.C. 22.816.217 SOLEDAD
UNIVERSIDAD: SIMON BOLIVAR
SUH No. 33369
Fecha de Expedición: 13/NOV/2013

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta Tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 44-31 Piso 2do. Bogotá D.C.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

22616217

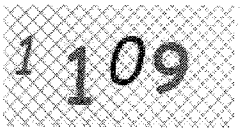
Primer Nombre

ETELVINA

Primer Apellido

RAMOS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4451

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-23→8:27:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	22616217	ETELVINA	MARIA	RAMOS	MARTINEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ identificado(a) con CC 22616217 registra La siguiente información:

2026-01-23→8:27:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2012-11-13		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2012-02-15	457	Secretaria de Salud



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 22.616.217
RAMOS MARTINEZ
APELLIDOS
ETELVINA MARIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1977
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-NOV-1996 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141186140044

(415)7707212489984(8020) 000014118614004 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
22616217	6	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	22616217	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico 08	Soledad 758

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	MARTINEZ	ETELVINA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Malambo 433

41. Dirección principal: CR 39 B 6 46 BRR MESOLANDIA

42. Correo electrónico: ramosetel11@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3003795912	

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
8692	2015 06 17	8699	2015 06 17				2224	

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 49

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

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 RAMOS MARTINEZ ETELVINA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5121 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el certificado de

Diplomado

En: PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD

A: ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

con Cedula de Ciudadanía No. 22 616 217 de Soledad

Con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla a los 17 días del mes de Diciembre de 2010 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Etelvina Maria Ramos Martínez

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Etelvina María Ramos Martinez

CC 22616217 de Soledad - Atlantico

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 · con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08- 08
Fecha de vencimiento: 2027-08-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.c

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Lineamientos de las guías AHA 2020

Consultor Integral En Salud

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simon Bolivar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31120

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVBR221659-2670

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Lineamientos de las guías AHA 2020

Consultor Integral En Salud

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVCA221681-2692

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31329

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVCA221681-2692

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (IAEPI)

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31429

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVCA221681-2692

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA (IAMI)

Lineamientos de las guías AHA 2020

Consultor Integral En Salud

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31329

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVCA221681-2692

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Etelvina María Ramos Martínez

CC: 22.616.217

EN EL CURSO DE: **SEGURIDAD AL PACIENTE**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la Educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021.

Realizado el **05** del mes de **Febrero** del **2026** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ T

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDR

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Etelvina María Ramos Martínez

CC: 22.616.217.

EN EL CURSO DE: **RESOLUCION 3280 DE 2018 RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD – PROMOCION Y MANTENIMIENTO**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la Educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ T

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDR

Realizado el **05** del mes de **Febrero** del **2026** con una intensidad de **48 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Lineamientos de las guías AHA 2020

Consultor Integral En Salud

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31329

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVCA221681-2692

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ETELVINA MARIA RAMOS MARTINEZ

Cedula de ciudadanía N° 22.616.217

Asistió y aprobó el curso de:

ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Barranquilla el 15 de Abril del 2025

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31329

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CSVCA221681-2692

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud