REPUBLICA DE COLOMBIA

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.215.478**

**RAMIREZ RAMIREZ**
APELLIDOS

**BEATRIZ ELENA**
NOMBRES

Beatriz elena Ramirez.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1985**

**SUPIA**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **B+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**15-ABR-2003 SUPIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0912400-35117361-F-0025215478-20030909 **03900** 03252A 01 123912460

**Supia Caldas, 03 de junio de 2026.**

**PROPUESTA DE VINCULACIÓN - GESTORA COMUNITARIA (Agente Comunitaria Indígena / Dinamizadora Intercultural)**

**Nombre:** BEATRIZ ELENA RAMÍREZ RAMÍREZ
**Cédula de Ciudadanía:** 25.215.478
**Teléfono:** 321 585 8068
**Correo Electrónico:** beatrizelenaram@hotmail.com

**PRESENTACIÓN**

Por medio de la presente se propone la vinculación de la señora **BEATRIZ ELENA RAMÍREZ RAMÍREZ** como **Gestora Comunitaria (Agente Comunitaria Indígena / Dinamizadora Intercultural)** dentro de los Equipos Básicos de Salud Interculturales (EBS), en concordancia con lo establecido en el Decreto Ley 480 de 2025 y la Resolución 108 de 2026.

Su participación contribuirá al fortalecimiento de los procesos de articulación entre el Equipo Básico de Salud y las comunidades del territorio, promoviendo el respeto por las estructuras de gobierno propio, la interculturalidad, la participación comunitaria y el reconocimiento de las prácticas propias de cuidado y bienestar.

**RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES**

La Gestora Comunitaria desarrollará las siguientes actividades:

1. Servir de puente de articulación y diálogo entre el Equipo Básico de Salud y la comunidad, respetando las estructuras de gobierno propio.
2. Facilitar el acercamiento cultural, la traducción de lenguas nativas u originarias y la mediación intercultural cuando sea necesario.
3. Apoyar la concertación de acuerdos comunitarios, la convocatoria a espacios de diálogo y la elaboración de actas y registros correspondientes.
4. Promover y fortalecer las prácticas propias de cuidado de la salud, el buen vivir y la armonía territorial.
5. Apoyar la identificación y caracterización de familias, autoridades tradicionales, parteras, sabedores y demás actores comunitarios relevantes.

6. Realizar actividades de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), identificando de manera temprana situaciones de riesgo o eventos de interés en salud pública dentro del microterritorio.
7. Acompañar a las familias en la activación de rutas de atención y procesos de remisión, especialmente a aquellas que presentan barreras de acceso a los servicios de salud.
8. Participar en procesos de educación para la salud, diálogo de saberes y fortalecimiento de redes familiares y comunitarias.
9. Apoyar los procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y las estrategias orientadas al fortalecimiento del tejido social.
10. Reportar oportunamente la información comunitaria requerida por el Equipo Básico de Salud y la coordinación del programa para los análisis territoriales periódicos.
11. Promover la participación social, el control ciudadano y las veedurías comunitarias relacionadas con la operación de los Equipos Básicos de Salud.
12. Acompañar el ingreso y permanencia del Equipo Básico de Salud en los territorios, especialmente en zonas de difícil acceso o con condiciones especiales de seguridad, en coordinación con las autoridades locales y tradicionales.
13. Aportar al reconocimiento territorial, la cartografía social y el análisis cultural de los procesos de salud, enfermedad y cuidado presentes en la comunidad.

**JUSTIFICACIÓN**

Esta vinculación permitirá fortalecer la relación entre los Equipos Básicos de Salud y las comunidades del territorio, garantizando una atención con enfoque diferencial e intercultural, favoreciendo la participación social, el diálogo de saberes y el acceso oportuno a los servicios de salud, en armonía con las prácticas y dinámicas propias de la comunidad.

**Atentamente,**

Beatriz Elena Ramírez

**BEATRIZ ELENA RAMÍREZ RAMÍREZ**

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ramirez | Ramirez | Beatriz Elena |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 25215478 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DÍA 10 MES 03 AÑO 1983

PAÍS columbia

DEPTO caldas

MUNICIPIO Supia

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

PAÍS _____ DEPTO _____

MUNICIPIO Supia

TELÉFONO 3215858068 EMAIL Beatrizelenaram@ho

## 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. X | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES [ ] AÑO [ ] |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alcaldia Supia caldas | X | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| caldas | Supia | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 08 AÑO 2023 | DÍA 29 MES 12 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital San Lorenzo Supia | X | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Caldas | SUPIA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 17 MES 10 AÑO 2020 | DÍA 30 MES 06 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | 5 | 60 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR 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* Supia caldas 28-05-2026

Beatriz Elena Ramirez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

# FORMULARIO UNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 25.215.478 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | COLOMBIA | Departamento | CALDAS | Municipio | SUPIA |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | ALTO SEVILLA | | | Teléfonos | 3215858068 |

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 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 POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **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 | - |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ - |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BILLETERA DIGITAL NEQUI | AHORROS | 3215858068 | RIOSUCIO CALDAS | $ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Beatriz Elena Ramirez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SUPIA CALDAS / 28-05-2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

El servicio público es de todos | Función Pública

**PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

**(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)**

| **Nombres y apellidos completos** | | | |
|---|---|---|---|
| **Primer nombre** | **Segundo nombre** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** |
| **BEATRIZ** | **ELENA** | **RAMIREZ** | **RAMIREZ** |

**Documento de identificación**

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 25215478

**Lugar de Nacimiento**

País COLOMBIA Departamento CALDAS Municipio SUPIA

**Lugar de domicilio**

País COLOMBIA Departamento CALDAS Municipio SUPIA

**Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.**

ESE HOSPITAL SAN LORENZO SUPIA CALDAS

**Cargo o función que cumple**

GESTORA

**Lugar de sede**

País COLOMBIA Departamento CALDAS Municipio SUPIA

Dirección Carrera 7 # 25-12

**Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019**

Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | - |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| **TOTAL** | - |

**b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:**

| TIPO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA (PAÍS) | SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR |
|---|---|---|
| BILLETERA DIGITAL | RIOSUCIO CALDAS | $ - |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:**

| TIPO DE BIEN | PAÍS DE UBICACIÓN | DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN | MUNICIPIO DE UBICACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| CONCEPTO | SALDO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

**a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:**

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

**a) 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 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

# 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [ ] **NO** [ ]

| NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | TIPO DE SOCIEDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

**PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL**

| PARENTESCO | 303 | | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | Primer nombre | Segundo Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 2.3 DE PARTICIPACION EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ANIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

**a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):**

| GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

| NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO | CALIDAD | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:**

| TIPO DE INVERSIÓN | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

**a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:**

| NOMBRE | VALOR DE LA DONACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

**a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:**
**- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.**
**- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2**
**- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho**

| DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/05/2026 10:13:57 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **25215478** y Nombre: **BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ.**

## 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. **141039135** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:13:19 AM horas del 28/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **25215478**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ RAMIREZ BEATRIZ ELENA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 28 de mayo de 2026, a las 10:05:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25215478 |
| Código de Verificación | 25215478260528100541 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 296897726

PIB
10:12:23


Bogotá DC, 28 de mayo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25215478:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

## Certificado de depósito de bajo monto

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

**Jueves, 28 de mayo de 2026**

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía 25215478, el día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

| Número de Depósito Nequi | Número de producto interno | Estado | Fecha de apertura |
|---|---|---|---|
| 3215858068 | 87081935016 | ACTIVA | 22-01-2023 |

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

## 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 16:13:47 horas del 03/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **25215478,** Apellidos y Nombres **RAMIREZ RAMIREZ BEATRIZ ELENA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN LORENZO SUPIA**, con NIT **890801758-0** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 25215478 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 03/06/2026 04:23 PM

Código Verificación: **QJ1S6EUFL2**

Válida hasta: **01/09/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141255489169

(415)7707212489984(8020) 000014125548916 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 2 1 5 4 7 8 | 1 | Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 5 2 1 5 4 7 8 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Caldas 1 7 | Supía 7 7 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RAMIREZ | RAMIREZ | BEATRIZ | ELENA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Riosucio 6 1 4 |

41. Dirección principal: CL 6 11 40 AV EL CIPRES

42. Correo electrónico: beatrizelenaram@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 5 8 5 8 0 6 8 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## 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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 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 2026-06-03 / 04:09:40PM

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 RAMIREZ RAMIREZ BEATRIZ ELENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Fundamentos de archivo de oficina y gestión de información

Capítulo 1 de Curso de Archivo

Carga horaria: 6h | Actividades prácticas: 0h

En **y-mm-dd**, con una duración total de **6 HORAS**, este curso fue ofrecido como educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a la Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009, y las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional.

MinEducación

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Layout de directorios y organización de datos para servicios

Capítulo 3 de Curso de sistemas de archivos

Carga horaria: 6h

Actividades prácticas: 0h

En **mm/dd/yyyy**, con una duración total de **6 HORAS**, este curso fue impartido bajo el marco de educación libre en Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 149 de 1999 (Ley Orgánica del Departamento de Educación de Puerto Rico) y las políticas de desarrollo profesional continuo.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE PUERTO RICO

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Fundamentos de Archivos y Gestión Documental

Capítulo 1 de Curso de archivo y gestión documental

Carga horaria: 6h

Actividades prácticas: 0h

En **y-mm-dd**, con una duración total de **6 HORAS**, este curso fue ofrecido como educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a la Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009, y las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional.

MinEducación
Ministerio de Educación Nacional

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Curso de archivo y gestión documental

Carga horaria: 30h | Actividades prácticas: 0h | Capítulos: 9 | Curso a distancia

En **y-mm-dd**, con una duración total de **30 HORAS**, este curso fue ofrecido como educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a la Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009, y las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional.

MinEducación
Ministerio de Educación Nacional

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Curso de archivo y gestión documental

Carga horaria: 30h | Actividades prácticas: 0h | Capítulos: 9 | Curso a distancia

En **y-mm-dd**, con una duración total de **30 HORAS**, este curso fue ofrecido como educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a la Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009, y las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional.

MinEducación
Ministerio de Educación Nacional

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Diseño de un sistema práctico de archivo en papel

Capítulo 3 de Curso de Archivo

Carga horaria: 4h

Actividades prácticas: 0h

En **y-mm-dd**, con una duración total de **4 HORAS**, este curso fue ofrecido como educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a la Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009, y las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional.

MinEducación
Ministerio de Educación Nacional

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Curso de Archivo

Carga horaria: 35h | Actividades prácticas: 0h | Capítulos: 9 | Curso a distancia

En **y-mm-dd**, con una duración total de **35 HORAS**, este curso fue ofrecido como educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a la Ley 1064 de 2006 y el Decreto 4904 de 2009, y las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional.

MinEducación
Ministerio de Educación Nacional

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Curso de sistemas de archivos

Carga horaria: 39h | Actividades prácticas: 0h | Capítulos: 8 | Curso a distancia

En **mm/dd/yyyy**, con una duración total de **39 HORAS**, este curso fue impartido bajo el marco de educación libre en Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 149 de 1999 (Ley Orgánica del Departamento de Educación de Puerto Rico) y las políticas de desarrollo profesional continuo.

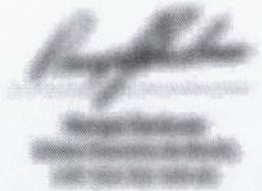
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE PUERTO RICO

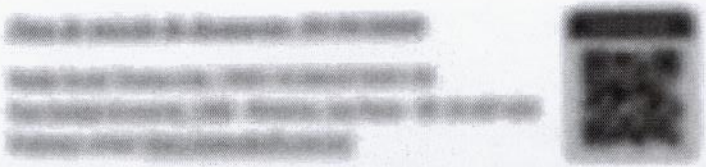
elevify

## Capítulos del curso

Carga horaria

| | |
|---|---|
| 1. Introducción | 1h |
| 2. Suposiciones y modelado de carga para almacenamiento en Linux | 6h |
| 3. Particionado, LVM y elecciones de sistemas de archivos | 7h |
| 4. Layout de directorios y organización de datos para servicios | 6h |





elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Confiabilidad, planificación de crecimiento y estrategias de resiliencia

Capítulo 5 de Curso de sistemas de archivos

Carga horaria: 6h

Actividades prácticas: 0h

En **mm/dd/yyyy**, con una duración total de **6 HORAS**, este curso fue impartido bajo el marco de educación libre en Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 149 de 1999 (Ley Orgánica del Departamento de Educación de Puerto Rico) y las políticas de desarrollo profesional continuo.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE PUERTO RICO

elevify

Certificamos que **Beatriz elena ramirez**, ha completado exitosamente:

# Permisos, grupos y manejo de cuotas

Capítulo 4 de Curso de sistemas de archivos

Carga horaria: 5h · Actividades prácticas: 0h

En **mm/dd/yyyy**, con una duración total de **5 HORAS**, este curso fue impartido bajo el marco de educación libre en Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 149 de 1999 (Ley Orgánica del Departamento de Educación de Puerto Rico) y las políticas de desarrollo profesional continuo.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE PUERTO RICO

elevify

## Capítulos del curso

| | Carga horaria |
|---|---|
| 5. Permisos, grupos y manejo de cuotas | 5h |
| 6. Confiabilidad, planificación de crecimiento y estrategias de resiliencia | 6h |
| 7. Arquitectura de respaldos y estrategia de puntos de respaldo | 7h |
| 8. Conclusión | 1h |

| GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir" | CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN | | CÓDIGO: AS-FR-008 |
|---|---|---|---|
| | | | VERSIÓN: 02 |
| | | | Vigencia: 22/12/2021 |

**COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO**

**CERTIFICA :**

---

| | |
|---|---|
| Que el (la) señor(a): | **RAMIREZ RAMIREZ BEATRIZ ELENA** |
| Identificación: | **CC: 25215478** |
| Municipio: | **SUPIA** |
| Nivel Sisben: | **N** |
| IPS Asignada: | **ASOCIACION IPS INDIGENA TRICAUMA - PRINCIPAL** |
| Estado: | **Activo** |
| Fecha de Afiliación: | **2018-09-26** |
| Regimen: | **Subsidiado** |
| Discapacidad: | **Ninguna** |
| Tipo Afiliación: | **Por Formulario Res. 974 de 2016** |

**Observación :**

---

**Dada el jueves, 28 de mayo de 2026**

**Cordialmente**

**MARIA YONEIDA MOLANO**

---

Certficación Válida 7 Dias únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

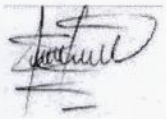
Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **25215478,** se encuentra afiliado/a desde **07/03/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de mayo de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Alcaldía de Supia

**EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y ASUNTOS ADMINISTRATIVOS**
**DE LA ALCALDIA DE SUPIA CALDAS**
**NIT: 890801150-3**

# C E R T I F I C A:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que **BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No.**25.215.478,** expedida en Supia Caldas, suscribió con la Alcaldía de Supia para la vigencia 2023 el siguiente contrato de prestación de servicios:

| TIPO DE CONTRATO | OBJETO | DURACION | VALOR |
|---|---|---|---|
| CONTRATO No. **PS-0018** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO | "PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES DE APOYO DESAROLLANDO ACCIONES DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y CAFETERIA EN LAS INSTALACIONES DE LA ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE SUPIA" | Fecha Inicio: **2023/01/16** fecha Finalización: **2023/12/29** (**347** Días) | **$19.200.000** |

Se expide en el Municipio de Supia, Departamento de Caldas, a los cuatro (04) días del mes de junio de dos mil veintiséis (2026). Por solicitud del interesado.

**MARIO FERNANDO BUENO ABELLO**
SECRETARIO DE GOBIERNO Y
ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

*Proyectó: Liliana Solorzano Diaz. Aux. Administrativo*
*Revisó: Mario Fernando Bueno Abello. Secretario de Gobierno y Asuntos Administrativos*

Alcaldía de Supia (Caldas)
Nit: 890.801.150 – 3
Calle 32 No. 6 – 11
Teléfono 316523 6028
Correo: alcaldia@supia-caldas.gov.co

@Alcaldia Supia Caldas

Powered by CamScanner

Dra. Luisa Fernanda Becerra Barrera
Especialista en Medicina Laboral y Salud Ocupacional.
Tel: 3107765625
Calle 11 # 5-56 Enseguida de liga rosa
Riosucio, Caldas.

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| **FECHA:** | 04-JUNIO-2026 |  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | BEATRIZ ELENA RAMIREZ RAMIREZ | |
| **CEDULA: 25.215.478** | **EDAD:** 41 AÑOS | |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 10-MARZO-1985 | |
| **GENEROIDENTIFICADO: FEME** | **HEMOCLASIFICACION:** B+ | |
| **ESTADO CIVIL:** SOLTERO | **HIJOS :** 0 | |
| **ESCOLARIDAD:** BACHILLER | **DIRECCION: CLL 6 #11-40 AV EL CIPRES RIOSUCIO CALDAS** | |
| **TELEFONO:** 3215858068 | **CORREO ELECTRONICO: beatrizelenaram@hotmail.com** | |
| **EPS:** MALLAMAS | **ARL:** | |
| **EXAMEN MEDICO DE:** | INGRESO: X EGRESO: PERIODICO: | |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA:** | A QUIEN LE INTERESE | |
| **NIT:** | **NOMBRE DEL CARGO: GESTORA** | |

**CONCLUSIONES OCUPACIONALES**

Una vez practicado el EXAMEN MEDICO LABORAL, se encuentra:

| | | | |
|---|---|---|---|
| APTO SIN RECOMENDACIONES | X | APTO CON RECOMENDACIONES | |

**EXPLICACION DEL CONCEPTO:**

Apto para trabajar y desempeñarse en las labores en los diferentes servicios de atención.

| | | |
|---|---|---|
| **Énfasis ostemuscular** | **NORMAL** | **QX: NIEGA** |
| **Nutrición masa corporal** | **19 Normal** | **Tabaquismo: Niega** |
| **Agudeza visual** | **20/20 NORMAL** | |
| **Prueba de a voz susurrada** | **NORMAL** | **G/O: PLF: NO** |

**Los test y pruebas descritos anteriormente hacen parte dentro de la valoración médica y osteomuscular que se realiza y pueden dar una apreciación de cómo se encuentra el paciente que al caso de resultar alterados requieran valoraciones especializadas. No son diagnósticos**

**Clasificación osteomuscular :** asintomático.

**PRUEBAS COMPLEMETARIAS**

| | | |
|---|---|---|
| Visiometria: No se realiza | Espirometría: No se realiza | Audiometría: No se realiza |

**EXAMENES APORTADOS:**

No aporta paraclínicos en el momento

**ENFASIS OSTEOMUSCULAR:**

Al realizar el examen físico de columna y de los diferentes segmentos osteomuscular no se evidenciaron alteraciones, ni limitaciones de la movilidad, ni dolor. No se evidencian signos clínicos, así como tampoco el trabajador reporta síntomas sugestivos de tendinopatías, ni signos de patologías osteomusculares en ningún segmento corporal.

No obstante, lo anterior, no es posible asegurar de manera prospectiva, que bajo ciertas laborales donde se le exijan movimientos repetitivos de los diferentes segmentos corporales, o durante jornadas de trabajo extenuantes, no vayan aparecer síntomas o lesiones derivados del sobreesfuerzo que realice el trabajador al desempeñar la tarea, que puede repercutir en posibles incapacidades o lesiones osteomusculares futuras.

**EXAMENES INGRESO**

Son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, con el objeto de determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud o la de terceros, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo suministrado por el empleador. Resolución 1843 DEL 2025

**CONSIDERACIONES POR ALTERACIÓN DE LA PRESION ARTERIAL:**

Su alteración en los niveles de la presión arterial es una enfermedad de origen común que actualmente está en tratamiento SI controlado que NO le genera restricciones ocupacionales para su oficio. Requiere solicitar evaluación y plan de manejo en su entidad de salud.

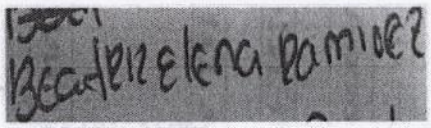
**OBSERVACIONES GENERALES PARA LA EMPRESA**

-Comunicar al trabajador el concepto y recomendaciones emitidas en este documento.
- realizar periódicamente todos los exámenes definidos según el perfil del riesgo.
- inducción, capacitación periódica , acordes a las funciones y riesgos del cargo.
-control médico por medicina laboral cada 3 meses si lo amerita si no me amerita hacer caso omiso.
-estilos de vida saludable : realizar ejercicio mínimo tres veces a la semana , dieta equilibrada , consumo de agua . procurar adecuada higiene del sueño , evitar el consumo de alcohol y sustancia .
-se recomienda que toda persona que ingresa hacer parte del equipo de trabajo se le realice educación de salud y seguridad en el trabajo.

Conforme a la declaración de salud de la persona evaluada y al reconocimiento del día de hoy se certifica que el aspirante, en la presente valoración se encuentra libre de patologías y se considera apto para trabajar.
Acepto las anteriores valoraciones medicas , hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud , es verdadera y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar .cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. ART 62 CST.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al Doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar en mí el examen clínico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), registrado en este documento. El Doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza, el propósito, las limitaciones y los beneficios del examen médico ocupacional, a partir de asesoría recibida antes de la prueba, entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento. Fui informado por el medico LUISA FERNANDA BECERRA, de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultado

En constancia firmo:





Profesional: LUISA FERNANDA BECERRA BARRERA
MEDICO GENERAL UNIV. SANTIAGO DE CALI
RM1128418137
ESPECIALIZACION EN MEDICINA GERENCIAL Y SALUD OCUPACIONAL
LIC.74607

TRABAJADOR

Cualquier alteración o modificación de la información contenida en este documento configura el delito de falsificación de documento privado contemplado en el art 289 del código penal. valide la autenticidad de este documento. Con la persona que lo expidió.