



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DEPARTAMENTO DE POLICIA TOLIMA  
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA CONTRATACION DE SERVICIOS**  
(Favor allegar el número de fotocopias del mismo documento que sean requeridas)

CONTRATISTA	Paula Andrea Ramirez Baro
PROFESION	Fisioterapeuta

FECHA ENTREGA	04 JUNIO 2026
---------------	---------------

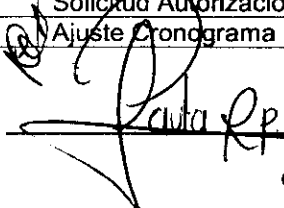
1	Carta de solicitud de los servicios ((El dueño de la necesidad la dirige al contratista, actividades, plazo de ejecución, honorarios mes y valor total del contrato).	•
2	Carta de aceptación y ofrecimiento de los servicios firmada (el contratista la dirige al dueño de la necesidad)	•
3	Constancia de idoneidad y experiencia (firmada por el dueño de la necesidad)	•
4	Propuesta o carta de confidencialidad profesional (dirigida al dueño de la necesidad)	✓
5	Formato de información a terceros	✓
6	Diligenciar Hoja de vida en el formato de función pública. (En el aplicativo SIGEP). (Imprimir-firmar-anexar). Actualizada	✓
7	Diligenciar formato de declaración de bienes y rentas (a partir de 1 de enero de 2012 debe ser diligenciada en el aplicativo SIGEP). Descargado de la página SIGEP actualizado	✓
8	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado	✓
9	Fotocopia diploma y acta de grado profesional, tecnólogo y/o Técnico (si es extranjero presentar resolución de la convalidación en Colombia)	✓
10	Certificación que acredite experiencia laboral	✓
11	Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada 150.	✓
12	Fotocopia de la tarjeta militar (menores de 50 años hombres).	N/A
13	Fotocopia tarjeta profesional	✓
14	Certificado del tribunal de ética Médica (Ley 23 de 1981, reglamentado por el decreto 3380 de 1981)	N/A
15	Certificado del tribunal de ética de enfermería (Ley 911)	N/A
16	Certificado tribunal de ética Odontológica (Ley 35 de 1989, reglamento por el decreto 494 de 1990)	N/A
17	Certificado consulta tribunal deontológico y bioético de psicología	N/A
18	Certificado Consejo Nacional de Trabajo Social	N/A
19	Certificado consejo superior de la judicatura abogados	N/A
20	Fotografía fondo blanco, tamaño postal 9 x 12 a color pegado en una hoja tamaño carta. (contratista nuevo)	✓
21	Constancia de afiliación a entidad promotora de salud y fondo de pensiones	✓
22	Compromiso de afiliación administradora de riesgos laborales	✓
23	Declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información contratista o terceros-Formato 1DT-FR-0016	✓
24	Certificado examen Pre-ocupacional (art.18 del Decreto 723 de 2013) teniendo en cuenta profesiograma asistencial y administrativo que se encuentre vigente (vigencia de examen 3 años)	✓
25	Esquema de vacunación para personal Administrativo hepatitis B, tétanos y fiebre amarilla, vacuna Covid-19 e influenza	N/A
26	Esquema de vacunación para personal Asistencial tétanos, influenza, varicela, hepatitis A y B, Triple viral (Rubeola, Parotiditis y Sarampión y fiebre amarilla, vacuna Covid-19)	✓
27	Certificado <b>ANTECEDENTES JUDICIALES</b> expedido por la policía nacional vigente.	✓
28	Certificado vigente <b>ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS</b> expedido por la procuraduría general de la nación.	✓
29	Certificado de medidas correctivas, expedido por la policía nacional (RMC)	✓
30	<b>PAZ Y SALVO</b> contraloría General de la república.	✓
31	Certificado vigente del registro único tributario ( <b>RUT</b> ) expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales <b>DIAN</b> .	✓

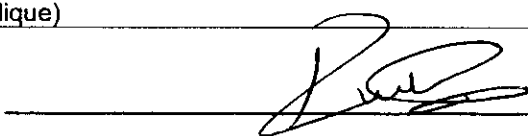
PA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DEPARTAMENTO DE POLICIA TOLIMA  
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

32	Certificación sobre una cuenta <b>BANCARIA</b> . No menor a 30 días	✓
33	Certificación de <b>TÍTULO ORIGINAL</b>	✓
34	Certificado curso de Reanimación Cardiopulmonar Básico (Psicólogos, trabajadores sociales, Odontólogos, Terapeutas Físicos, Respiratorios, ocupacionales, Fonoaudiólogos y Auxiliares de Enfermería)	✓
35	Certificado curso de Reanimación Cardiopulmonar Avanzado (Médicos generales, Especialistas y Enfermeros)	✓
36	Curso Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual (Todo el personal Asistencial y administrativo) (Resolución 0456 de 2012).	✓
37	Curso humanizaciones en la atención de los servicios de salud (Todo el personal Asistencial y Administrativo)	✓
38	Curso de atención a víctimas de violencia por agentes químicos (auxiliares enfermería para ambulancia)	NA
39	Curso de camilleros y primeros auxilios (Auxiliares enfermería Ambulancia y/o camilleros asistenciales)	NA
40	Curso de primer respondiente (excepto médicos generales, enfermeros y especialistas)	✓
41	Curso toma de muestras de laboratorio (Enfermeros, bacteriólogos, auxiliares de enfermería asistenciales)	NA
42	Curso vacunación PAI (Enfermeros profesionales, rurales y Auxiliares de Enfermería asistenciales)	NA
43	Curso de inserción y retiro de implantes subdérmico (Enfermeros profesionales, rurales y Auxiliares de Enfermería asistenciales)	NA
44	Curso Diagnóstico y manejo clínico del dengue (OPS) (Médicos generales, Especialistas, Enfermeros y bacteriólogos)	NA
45	Curso AIEPI clínico aplica para <b>médicos generales, pediatras y enfermeros</b>	NA
45	Curso de higiene o lavado de manos (Todos)	✓
46	Certificado curso virtual certificación de discapacidad y registro para localización y caracterización de las personas con discapacidad (médicos generales (profesionales y rurales), enfermeros (profesionales y rurales), psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas físicos, ocupacionales, lenguaje, fonoaudiólogos)- profesionales asistenciales	✓
47	Curso Adecuado diligenciamiento de Certificado de Defunción (OPS) (Médicos Rurales, Medico General Pomed)	NA
48	Certificado Curso Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo <b>SG-SST</b> (50 horas). Se establece en cumplimiento a lo establecido en el artículo 8 de la Resolución No 0312 de 2019.	✓
49	Registro único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) (ley 1164 de 2007) y resolución donde se relaciona el departamento del Tolima	✓
50	Copia del registro portal anticorrupción de Colombia PACO	✓
51	Certificado consulta inhabilidades delitos sexuales	✓
52	Certificación de aprobación del curso virtual integridad, transparencia y lucha contra la corrupción - LINK <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad">https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad</a>	✓
53	certificado REDAM (registro de deudores alimentario morosos, expedido por el MINTIC)	✓
54	Certificado SIGEP II	✓
55	Certificado ausencia de inhabilidades e incompatibilidades	✓
56	Consentimiento informado	✓
57	Constancia persona natural no obligada a llevar contabilidad-SECOP II	✓
58	Lista de contratos del proveedor con el sector público o privado - SECOP II	✓
59	Certificación unidad de valor UVT de la vigencia anterior	✓
60	Solicitud Autorización Inicio Proceso de Contratación al ordenador del gasto	
61	Ajuste Cronograma contractual (cuando aplique)	

  
CONTRATISTA

  
DUEÑO DE LA NECESIDAD

Ibagué, 04 de junio del 2026

Señor Intendente  
JOSÉ ISMAEL RAMÍREZ ALDANA  
Jefe Establecimiento Primario Ibagué  
Ibagué, Tolima

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, mis servicios de FISIOTERAPEUTA que serán prestados EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro en curso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución en los Artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionada con el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Para los anteriores fines me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa entidad.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Paula Rp', with a large, stylized initial 'P' at the beginning.

---

PAULA ANDREA RAMÍREZ PARRA  
CC. 1.006.904.165

# ANEXO No.1

## FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS

### FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO		
1 2 Consorcio o Union Temporal	<input type="checkbox"/>	1 11 Persona Natural Extranjera <input type="checkbox"/>
1 2 Departamento	<input type="checkbox"/>	1 12 Persona Natural Nacional <input type="checkbox"/>
1 3 Empresa Publica Nacional no Financiera	<input type="checkbox"/>	1 13 Persona Juridica Nacional Sector Privado <input type="checkbox"/>
1 4 Empresa Pública Nacional Financiera	<input type="checkbox"/>	1 14 Persona Juridica Publica Administración Central Nacional <input type="checkbox"/>
1 5 Establecimiento Público Nacional	<input type="checkbox"/>	1 15 Persona Juridica Extranjera Sector Privado <input type="checkbox"/>
1 6 Gobierno Extranjero	<input type="checkbox"/>	1 16 Regional sin NIT Especial <input type="checkbox"/>
1 7 Municipio	<input type="checkbox"/>	1 17 Resguardo <input type="checkbox"/>
1 8 Otra Publica Departamental	<input type="checkbox"/>	1 18 Sociedad de Economia Mixta <input type="checkbox"/>
1 9 Otra Publica Municipal	<input type="checkbox"/>	1 19 Universidad Publica <input type="checkbox"/>
1 10 Otro Beneficiario	<input type="checkbox"/>	1 20 Empresa Industrial y Comercial del Estado <input type="checkbox"/>

2.TIPO DE DOCUMENTO		
2 1 Cédula de Ciudadania	<input checked="" type="checkbox"/>	2 4 Otro Tipo de Documento <input type="checkbox"/>
2 2 Cédula de Extranjeria	<input type="checkbox"/>	2 5 Pasaporte <input type="checkbox"/>
2 3 Número de Identificación Tributaria	<input type="checkbox"/>	2 6 Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>

NUMERO DEL DOCUMENTO  -

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT**

3.TIPO DE RETENCION		
3 1 Auto retenedor no gran Contribuyente	<input type="checkbox"/>	3 5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor <input type="checkbox"/>
3 2 Entidad Estatal o sin ánimo de lucro	<input type="checkbox"/>	3 6 Regimen Comun <input type="checkbox"/>
3 3 Gran contribuyente Autoretenedor	<input type="checkbox"/>	3 7 Regimen Simplificado <input type="checkbox"/>
3 4 Gran contribuyente no Autoretenedor	<input type="checkbox"/>	

**4.NOMBRE O RAZON SOCIAL** Paula Andrea Ramirez Parra

**5.PAIS** Colombia

**6.CIUDAD** Bogota

**7.TELEFONO Y FAX** 3148691242

**8.DIRECCION** Tv 87C 58-07 sur

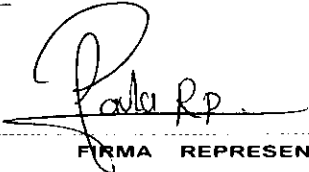
INFORMACION DE LA CUENTA		
1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA	<u>Ban Colombia</u>	
2 NUMERO DE LA CUENTA	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
3 CLASE DE CUENTA	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>

**ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA**

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 04 junio 2026



.....  
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ramirez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Parra			NOMBRES Paula Andrea			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1006904165				GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				
FECHA DÍA 07 MES 06 AÑO 2001				TRANSVERSAL 87C 58 7 SUR				
PAÍS COLOMBIA				PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ, D.C.		
DEPTO META				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				
MUNICIPIO SAN JUAN DE ARAMA				TELÉFONO		EMAIL paularamirez0720@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		EDUCACION MEDIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	11	AÑO	2017	

**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 (MAESTRIA 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	
PRL GRADO	9	X		FISIOTERAPIA	06	2023	1006904165

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

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

5

#### EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FALCK HOMECARE				PUBLICA		PRIVADA X		PAIS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C			MUNICIPIO BOGOTÁ D.C				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	03	Mes	02	Año	2026	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA FISICA				DIRECCIÓN CALLE 100 19A 30				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD NEURONA BEBE				PUBLICA		PRIVADA X		PAIS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C			MUNICIPIO BOGOTÁ D.C				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	09	Mes	01	Año	2024	Día	19	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA FISICA				DIRECCIÓN CALLE 73 20C 53				

6

#### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PUBLICA		PRIVADA		PAIS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día		Mes		Año		Día		Mes
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN				

7

#### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	ANDREA	RAMIREZ	PARRA

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio   
Dirección

Cargo o función que cumple

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$20.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$20.400.000,00</b>

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$814.790,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.364.311,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	\$1.900.000,00
PRESTAMO	\$1.200.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

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

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

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

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

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

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

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí  No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

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

Realicé donaciones:      Sí       No

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

Nombre entidad	Valor

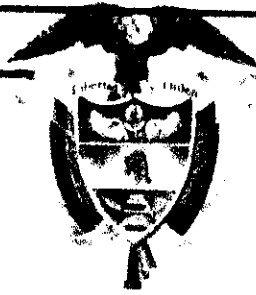
## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre la

# Institución Educativa Santa María Mazzarello

Autorizada por la Secretaría de Educación del Meta,  
con Reconocimiento Oficial Según Resolución  
No. 4358 del 28 de septiembre del 2017.

Confiere a:

**Paula Andrea Ramírez Parra**

C.I. 1.006.904.165 de Granada - Meta

El Título de

## Bachiller Técnico

### En Contabilización De Operaciones Comerciales Y Financieras

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Técnica (Artículo 28 Ley 115 de 1994)  
Según los planes y programas vigentes.

Sor Astrid Angarita  
Sor Astrid Angarita Guzmán  
Rectora

Nancy Ayala Henes  
Nancy Ayala Henes  
Secretaria

Anotado en el folio 2 del libro para Control Interno de Diplomas No 1.

Dado en Canaguaro - Meta, a los 25 días del mes de noviembre de 2017.



No requiere Registro de la Secretaría de Educación,  
según Decretos 821 del 6 de mayo de 1991,  
y 2150 del 3 de diciembre de 1993,  
de la Presidencia de La República.

# Acta Individual de Graduación



## INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTA MARÍA MAZZARELLO Canaguaro, Meta

DANE N°: 250313000458

ICFES N°: 459099

En la ciudad de Canaguaro, Meta, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de 2017, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por las suscritas Rectora y Secretaria, en el cual la Institución Educativa Santa María Mazzarello confirió el título de:

### **BACHILLER TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS**

A:

**Paula Andrea Ramírez Parra**

T.I. 1.006.904.165 de Granada - Meta

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes, le fue otorgado el diploma que la acredita como **BACHILLER TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS**.

Institución aprobada hasta nueva determinación con Reconocimiento Oficial de la Secretaría de Educación del Meta, en los niveles de Educación Básica y Media Técnica con especialidad en Contabilización de Operaciones Comerciales Y Financieras, según Resolución No. 4358 del 28 de septiembre del 2017

Es fiel copia del Acta No. 29 Folio No. 55 del Libro de actas No. 2 en lo pertinente.

Dada en Canaguaro, Meta, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de 2017.

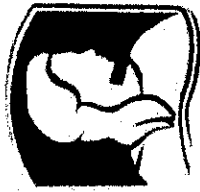
Firmada y Sellada.

Sor Astrid Angarita Guzmán

**SOR ASTRID ANGARITA GUZMÁN**  
C.C. No. 39.786.869 de Bogotá D.C.  
Rectora

Nancy Ayala Menezes

**NANCY AYALA MENESES**  
C.C. N. 40.447.198 de Granada-Meta.  
Secretaria



# Universidad Manuela Beltrán

La Rectoría de la Universidad de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 24 de la Ley 30 del 29 de diciembre de 1992 y conforme a sus facultades estatutarias.

Confiere a:

**Paula Andrea Ramirez Parra**

CC N° 1006904165 de Bogotá D.C.

El título de:

**Profesional en Fisioterapia**

Por haber cumplido con todos los requisitos académicos y legales.

En testimonio de ello expide, firma y sella el presente diploma en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los 27 días del mes septiembre de 2023

  
Secretaría General

  
Rectoría

  
Decanatura del Programa

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Expedido en Bogotá, el 29 de diciembre de 2024  
Código por el Registro de Educación Nacional

16373





# Universidad Manuela Beltrán

Acreditada en Alta Calidad Multicampus

La Rectoría de la Universidad de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 24 de la Ley 30 del 29 de diciembre de 1992 y conforme a sus facultades estatutarias.

Confiere a:

**Paula Andrea Ramirez Parra**

C.C N°. 1006904165 de Bogotá D.C.

El título de:

**Profesional en Fisioterapia**

Por haber cumplido con todos los requisitos académicos y legales.

En testimonio de ello expide, firma y sella la presente acta de grado en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los 27 días del mes septiembre de 2023

Secretaría General

Rectoría

Decanatura del Programa

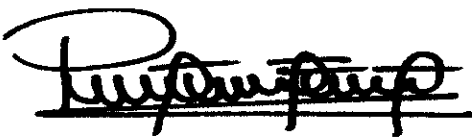
Acta 428  
Folio 229  
Libro de Registro 45  
Registro Profesional 019241

**LA JEFATURA DE GESTIÓN INTEGRAL A CONTRATISTAS DE FALCK HOMECARE****MARCA DE HACES INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S.**

**RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1.006.904.165**, presta los servicios en nuestra empresa, a través de un contrato por prestación de servicios, desempeñando la actividad como **FISIOTERAPEUTA**. Así mismo que, estos servicios se realizan dentro del periodo comprendido entre el día **02/02/2026** Hasta el día de hoy, con un promedio de honorarios facturados de manera **UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS (\$1.546.304)**.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá, siendo el **19 de mayo de 2026**, por solicitud expresa del interesado y con destino a quien interese.

Cordialmente.



**Paola Andrea Florez Alvarez**

Jefe de Gestión integral a Contratistas

Realizado por: Yeimy Katerin Casiano Vanegas.

**CENTRO DE NEUROREHABILITACION PARA LACTANTES E INFANTES**

**IPS neuronABEBE® S.A.S.**

**NIT. 900544688-6**

**CONTRATO: 01-F-T-2025**

**OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, en las instalaciones de la IPS.**

**FECHA DE INICIO: 13/01/2025**

**FECHA PROYECTADA DE FINALIZACIÓN: 19/12/2025**

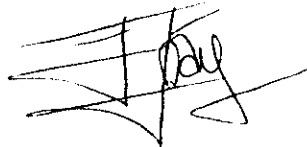
**VALOR MENSUAL DEL CONTRATO: \$1.730.000 pesos.**

**PERFIL: FISIOTERAPIA.**

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Prestar servicios profesionales en el servicio de Terapia Física.
2. Diseñar e implementar planes de intervención terapéutica.
3. Orientar procesos pedagógicos y escolares de los usuarios vinculados a la IPS.
4. Emitir informes de evolución terapéutica de los usuarios.
5. Gestionar, diseñar e implementar programas de ejercicios físicos y planes caseros para los usuarios.
6. Participar de espacios terapéuticos del usuario con el equipo clínico.

Para su validez se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de diciembre del dos mil veinticinco (2025).



---

**JUAN DANIEL REYES BACHILLER**  
**Coordinador General y de Recursos Humanos**  
**IPS NEURONABEBE S.A.S.**  
**314 3777383**

CENTRO DE NEUROREHABILITACION PARA LACTANTES E INFANTES

**IPS neuronABEBE® S.A.S.**  
NIT. 900544688-6

**EL SUSCRITO JEFE DE RECURSOS HUMANOS  
IPS NEURONABEBE S.A.S.**

**CERTIFICA:**

Revisando el archivo de gestión documental de talento humano, se evidenció que la **IPS NEURONABEBE S.A.S.**, identificada con el Nit No. **900.544.688-6**, suscribió con la señora **PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA**; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.006.904.165 de BOGOTÁ**, el(los) siguiente(s) **Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural**, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO: 01-F-T-2024

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, en las instalaciones de la IPS.

FECHA DE INICIO: 09/01/2024

FECHA DE FINALIZACIÓN: 20/12/2024

VALOR MENSUAL DEL CONTRATO: \$1.600.000 pesos.

PERFIL: FISIOTERAPIA.

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Prestar servicios profesionales en el servicio de Terapia Física.
2. Diseñar e implementar planes de intervención terapéutica.
3. Orientar procesos pedagógicos y escolares de los usuarios vinculados a la IPS.
4. Emitir informes de evolución terapéutica de los usuarios.
5. Gestionar, diseñar e implementar programas de ejercicios físicos y planes caseros para los usuarios.
6. Participar de espacios terapéuticos del usuario con el equipo clínico.



Identificación Única del Talento Humano en Salud  
FISIOTERAPEUTA

**PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA**

CC 1006904165

Universidad Manuela Beltrán  
Bogotá, D.C.

Fecha Expedición: Decreto 2023-09-27  
Fecha Rescisión: Resolución 2023-10-23



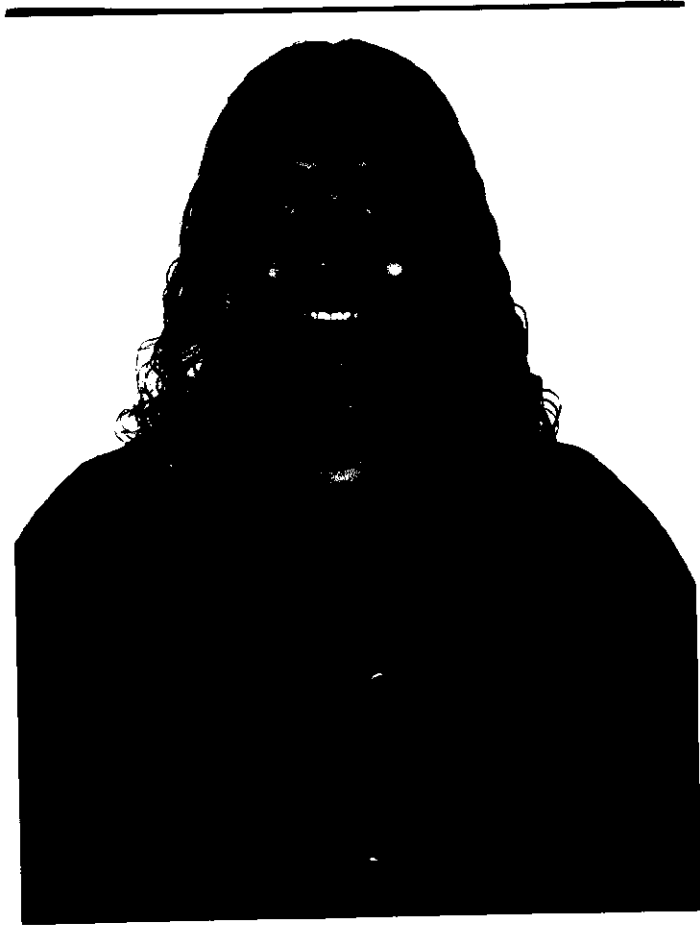
Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: [colegio@colfi.co](mailto:colegio@colfi.co)



COLFI - 24546

**Nancy Jeanet Molina Achury**  
Representante Legal





## CERTIFICA

El(La) Señor(a) PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA identificado(a) con CC 1006904165 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de</b>	<b>01/03/2024</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>VIVA 1A IPS MARLY</b>
<b>Categoría:</b>	<b>A</b>

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes de mayo del año 2026.

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

### **Observaciones:**

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

Cordialmente,

  
Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A

# Protección

Una empresa **SURA**

## Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

**NIT 800.229.739**

### Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.006.904.165** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de julio de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 31 de mayo de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

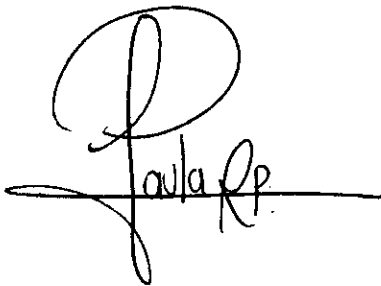
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

Ibagué, 04 de junio del 2026

Señora Subcomisario  
PAULA URREGO SUESCUN  
Jefe Establecimiento Primario BAAVA  
Ibagué, Tolima


Yo, PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA identificado con la cedula de ciudadanía número 1006904165 de Bogotá D.C., me comprometo a realizar la afiliación a una administradora de riesgos laborales cuando se encuentre culminado el proceso de contratación.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'P' followed by the name 'Paula Rp.' in a cursive script.

---

PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA  
CC. 1006904165 de Bogotá D.C.

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 01/05/25	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 4		

## UPRES TOLIMA – CONTRATOS

La Policía Nacional, considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que esta implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Paula Andrea Ramirez Parra Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1006904165, con domicilio en \_\_\_\_\_, quien cumple funciones en la empresa \_\_\_\_\_, en el cargo \_\_\_\_\_, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato \_\_\_\_\_ convenio \_\_\_\_\_ acuerdo \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Administrador de Seguridad de la Información, Analista de Seguridad de la Información, Técnico Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces en la unidad, el cual reportará el incidente al Grupo de Seguridad de la Información y Respuesta a Incidentes informáticos – CSIRT-PONAL.

Esta declaración comienza con la firma del contrato, convenio o acuerdo que genera vínculo con la Policía Nacional y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo. Este compromiso debe ser firmado nuevamente cada vez que se suscriba un contrato con la Policía Nacional, y debe reposar junto con las hojas de vida de los funcionarios contratistas que van a cumplir funciones con la Institución.

## CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas o cualquier otra información vinculada con su rol en la Institución.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual, acuerdo o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara a EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información clasificada o reservada, este se compromete a dar aviso previo a la POLICÍA NACIONAL de modo que la Institución pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material clasificado o reservado.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material clasificado o reservado que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material clasificado o reservado, una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CONVENIO o ACUERDO.**

- El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.
- El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material clasificado o reservado, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

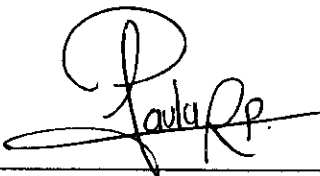
**ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL, toda vez que:**

- He leído, comprendido, e interiorizado la Política de Seguridad de la Información que se encuentran en el Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento.
- Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Ibague, el 04 días del mes de junio del año 2026

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma:



Post-Firma:

Paula A. Ramirez Para

Identificación

CC 1006904165

Empresa:

Policia Nacional

Cargo:

Fisio terapeuta



**PROTEGER I.P.S.**  
LABORATORIO CLINICO DE SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

**LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.**  
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.  
Nit. 900434629-1  
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda  
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53  
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL**

**DATOS DEL CERTIFICADO**

Tipo Examen: **EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO** # Orden: 207275 Fecha: 2026-05-28 11:36:13

**DATOS DE LA EMPRESA**

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 CIU: 112 SECTOR: -  
ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

**DATOS DEL TRABAJADOR**

NOMBRES: PAULA ANDREA APELLIDOS: RAMIREZ PARRA  
IDENTIFICACIÓN: 1006904165 FECHA DE NACIMIENTO: 07 de 2001 EDAD: 24  
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: FISIOTERAPEUTA  
ARL: SURA EPS: NUEVA EPS AFP: Protección

**FOTOGRAFIA**



**EXAMENES REALIZADOS**

Nn, Visiometria, Anexo Dermatologico, Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Anexo Cardiorespiratorio

**RESULTADO PARA LA VALORACIÓN**

**RESULTADO: Sin Recomendaciones**

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

**DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR**

Caso Descartado

**RECOMENDACIONES**

1. Realice parpadeos conscientes al utilizar pantallas para mantener la hidratación ocular y prevenir la resequedad superficial.
2. Continuar con estilos de vida saludables

DORIS YANET LONDOÑO LOPEZ  
Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo  
Rg No. 52402320  
Licencia No. 2022060333690 (23/09/2022)



Atendido por: **LONDOÑO LOPEZ DORIS YANET**  
Registro Médico: 52402320  
Licencia S.O.:

Paciente: **RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA**  
Identificación: 1006904165



PROTEGER I.P.S.

**LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.**  
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.

Nit. 900434629-1  
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda  
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53  
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-02-FI
VERSIÓN	01
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 2	

**VISIOMETRIA**

Nombre: RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA		Identificación: 1006904165	
Género: FEMENINO	RH: A+	Fecha de Nacimiento: 07 de Junio de 2001	Edad: 24
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 207275	Fecha: 2026-05-28
EPS: NUEVA EPS	ARL: SURA	AFP: Proteccion	
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -	
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -	



Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual
		Acumulada	Diaria		
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No			No	
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No			No	
Mecánico (Proyección de Partículas)	No			No	
Iluminación Inadecuada	No			No	
Uso de Video Terminales	Si		8	Si	LENTE AR

Observaciones: NIEGA

Generales		Oculares	
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular	No
Diabetes	No	Queratocono	No
Hipoglicemia	No	Glaucoma	No
Toxoplasmosis	No	Catarata	No
Cefalea	No	Retinopatía	No
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina	No
Otros Antecedentes	No	Ambliopía	No
Cuales: CX REFRACTIVA LASER 2022 AO		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: Si Cuales?: Tiempo Evolución (años): Corregido:

Frecuencia de Uso: Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 8 Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:

Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular	No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima	No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular	No	Lagrimeo	No
Miodesopsias	No	Prurito Ocular	No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble	No		

Observaciones: NIEGA

	A. Agudeza Visual				B. Lensometría	
	Sin Corrección		Con Corrección		Sin Corrección	Con Corrección
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/20	0.50M				
Ojo Izquierdo	20/20	0.50M				



**PROTEGER I.P.S.**  
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.

**LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.**  
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.  
Nit. 900434629-1  
Carrera 60 # 17 - 35/37 Zona Industrial Puente Aranda  
Tel. 310 855 15 76 / 315 426 05 53  
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-02-FI
VERSIÓN	01
FECHA	14-FEB-2012
Pág 2 de 2	

C. Examen Externo		D. Estado Motor		
Pingüecula	No	Cover Test Visión Lejada:	ORTOFORIA	
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima:	ORTOFORIA	
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia:	6CM	
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:		
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:		
Pterigio	No		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Secreción Ocular	No	Estereopsis	Normal	Normal
Edemea Palpebral	No	Visión Cromatica	Normal	Normal
Blefaritis	No	Campo Visual	Normal	Normal
		Oftalmoscopia	Normal	Normal
Diagnostico		Interpretación		
Emetropia	Ambos Ojos	No requiere Corrección		Ambos Ojos
Descripción Diagnostico		Origen	Tipo	
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION		Comun	Impresión Diagnostica	
EXAMEN VISUAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, REALIZAR PAUSAS VISUALES, CONTROL ANUAL				

**JHENY PATRICIA AYALA ZARATE**  
Optómetra especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Rg. No. 05.12.96  
Licencia No. 14843 de 14/12/2016

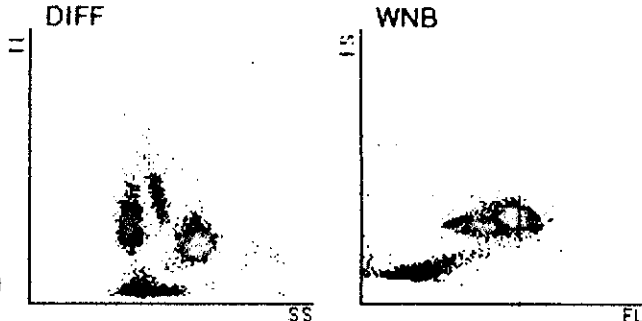
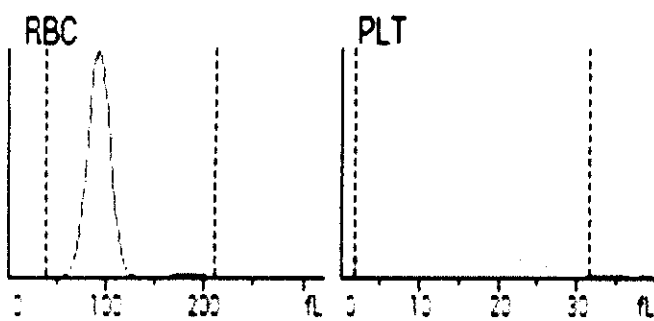
Atendido por: **AYALA ZARATE JHENY PATRICIA**  
Reg.: 051296

Paciente: **RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA**  
Identificación: 1006904165



**Nombre:** PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA **N° Ordenamiento:**  
**Identificación:** CC 1006904165 **Tel:** 3148691242 **Fecha de recepción:** 29/05/2026  
**Edad de ingreso:** 24 Años, 11 Meses, 22 Días **Sexo:** Femenino **Fecha toma muestra:** 29/05/2026  
**Fecha de nacimiento:** 07/06/2001 **Fecha impresión:** 01/06/2026  
**Médico:** MEDICOS VARIOS **Sede:** SEDE VIP  
**Empresa:** CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
<b>CUADRO HEMATICO</b>			
<b>Método: Impedancia eléctrica</b>			
ERITROCITOS	4,97	millones	4,20 a 5,40
HEMOGLOBINA	14,8	g/dL	12,0 a 16,0
HEMATOCRITO	44,8	%	37,0 a 47,0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	90,2	fL	80 a 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	29,8	pg	27,0 a 31,0
CONCENTRACION CORPUSCULAR MEDIA DE Hb (CCMH)	33,0	g/dL	32,0 a 35,0
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	12,7	%	11,0 a 15,0
PORCENTAJE NORMOBLASTOS	0,0	%	0,0 a 0,0
NÚMERO NORMOBLASTOS	0,0	10 <sup>3</sup> /μL	0,0 a 0,0
LEUCOCITOS	5,9	miles/mm <sup>3</sup>	4,5 a 10,0
<b>FORMULA LEUCOCITARIA</b>			
SEGMENTADOS	58,2	%	50,0 a 67,0
LINFOCITOS	33,7	%	27,0 a 40,0
MONOCITOS	4,7	%	3,0 a 12,0
EOSINÓFILOS	0,2	%	1,0 a 4,0
BASOFILOS	0,4	%	0,0 a 1,0
SEGMENTADOS	3,44	10/mm <sup>3</sup>	2,00 a 7,50
LINFOCITOS	1,99	10/mm <sup>3</sup>	1,00 a 4,00
MONOCITOS	0,28	10/mm <sup>3</sup>	0,20 a 1,20
EOSINOFILOS	0,01	10/mm <sup>3</sup>	0,00 a 0,50
BASOFILOS	0,02	10/mm <sup>3</sup>	0,00 a 0,20
RECUENTO PLAQUETAS	325	miles/mm <sup>3</sup>	150 a 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10,30	μm <sup>3</sup>	7,5 a 8,5
PCT	0,336	%	
IDP	16,0	%	





**Nombre:** PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA  
**Identificación:** CC 1006904165 **Tel:** 3148691242  
**Edad de ingreso:** 24 Años, 11 Meses, 22 Días **Sexo:** Femenino  
**Fecha de nacimiento:** 07/06/2001  
**Médico:** MEDICOS VARIOS  
**Empresa:** CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA.

**N° Ordenamiento:**  
**Fecha de recepción:** 29/05/2026  
**Fecha toma muestra:** 29/05/2026  
**Fecha impresión:** 01/06/2026  
**Sede:** SEDE VIP

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**WILMER JESUS VILLAN LARIOS**  
 CC 1090398595  
 BACTERIOLOGO  
 29-may.-2026 02:28 p. m.

*Alejandra B.*

**NEIRA ALEJANDRA BASTIDAS LEYTON**  
 CC 1087026457  
 BACTERIOLOGA  
 30-may.-2026 08:43 a. m.

**CREATININA EN SUERO**  
**Método:** Enzimática

0,69

mg/dL

0,50 a 0,96

**MAYRA XIMENA SAMACA VILLAMIL**  
 CC 33702566  
 DIRECTORA DE LABORATORIO  
 EXAMEN AUTOVALIDADO  
 29-may.-2026 12:52 p. m.

**TUBERCULINA PPD (RT23-2UT)**  
**Método:** Intradermoreacción de Mantoux

...

**INDURACIÓN**

0

mm

**V. de Referencia:**  
**POSITIVA:** Induración mayor o igual a 10 mm.

*Anyela B.*

**ANYELA GISET BORJA RODRIGUEZ**  
 CC 1016024278  
 BACTERIOLOGA  
 01-jun.-2026 11:35 a. m.

**Cruz Roja Colombiana**  
 Seccional Meta  
**GRANADA** No. 39-30  
 Teléfono 670 3838 Línea directa  
 Centro - Villavicencio - Meta www.cruzrojameta.org

**CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL**  
 45054  
**NOMBRE:** Paola Andrea Ramirez parra  
**DOC. DE IDENTIDAD:** 1.006.904.169.  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 07-11-2006 **SEXO:** F  
**TELÉFONO:** 820.626.4199

VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No	NOMBRE VACINADOR
VARICELA	1 Dosis				
	2 Dosis	17 OCT 2019	MSD	5010V36	PAOLA RAMIREZ
PIEBRE TRODEA	Única				compensol
	Única				
TRYPHON (SARAMPION RUBIOLA PAUPERAS)			GA	GA 0692	PAOLA RAMIREZ
NEUMINGOCOCO					
NEUMINGOCOCO					
VIRUS PAPLOMA HUMANO (HPV)	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
ANTI-INFLUENZA	4 Dosis	04-07-19	25A0910	5001006	USELP
		28-6-7	GA	GA 0692	PAOLA RAMIREZ
		19-11-22	VA-01-23	5002006	USELP
		04-03-19	HABBB370	5001006	USELP
		04-03-19	HABBB370	5001006	USELP
		09-01-20	AMA 08 305AB	0801006	USELP
		09-01-20	AMA 08 305AB	0801006	USELP
		19-03-2024	AMA 08 305AB	0801006	USELP

**Varivax**  
 MSD  
 7709 M.  
 05102018  
 R3N26  
 09-2021  
 AHABBB385A  
 06-2021  
 AHABBB395A  
 06-2021  
 492018  
 722853  
 05102018  
 R3N26  
 09-2021

VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No	NOMBRE VACINADOR
ANTI AMARILICA	Única				
	Única	17 MAR 2022	DIO-M	210F00038	T. SORIANO HERRERA
	Única				
TOXOIDE TETÁNICO	1 Dosis	04-03-19	2280180	ELIOT	PAOLA RAMIREZ
	2 Dosis				
	3 Dosis	07-01-20	2280031	9C.658	PAOLA RAMIREZ
	1 Ref	19-01-2021	R3N26	0801006	USELP
	2 Ref	07 MAR 2022	2280031	9C.658	PAOLA RAMIREZ
	1 Dosis				
	2 Dosis				
TOXOIDE DIFTERICO	3 Dosis				
	4 Dosis				
	5 Dosis				
ANTI HEPATITIS B	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
ANTI HEPATITIS A	1 Dosis				
	2 Dosis				
ISF ABRIL		08-10-2023			JUCELA F
		16-12-20	300610	2410224	PAOLA RAMIREZ
		16-12-20	300610	2410224	PAOLA RAMIREZ

Este carné es válido en Colombia.  
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.



### Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.



### Certificado de vacunación del adulto

Salud

Nombres: Paola Andrea  
Apellidos: Ramirez Parra

Documento de identidad: C.C. ✓ CE. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1006904165.

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular Una dosis por embarazo				
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
Dos dosis en personas inmunosuprimidas	2			
Influenza estacional	Anual	01/06/26	2600762	17
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				

UNA IA  
IPS  
OK Farmacia + B. Antifermentis

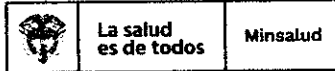
CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE	/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /
<p>Certifica que:  <u>Paula Andrea Ramirez Parra</u>  <i>This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]</i></p> <p>Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad  <u>07-06-01</u> <u>F</u> <u>Col</u>  <i>date of birth/ né(e) le Sex/ de sexe nationality/et de nationalité</i></p> <p>Documento nacional de identificación  <u>1006904165</u>  <i>national identification document/ document d'identification national</i></p>	<p>Cuya firma aparece a continuación:  <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <i>whose signature follows /dont la signature suit</i></p> <p>En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra  <i>has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:</i>  <i>a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:</i></p> <p><u>F. Amarilla</u>  <i>de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional  in accordance with the International Health Regulations  Conformément au Règlement sanitaire international</i></p>

Vacuna o profilaxis / Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Fecha Date Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificado válido Certificate valid Certificat valable	
				Desde From à partir de :	Hasta Until jusqu'au :
fiebre Amarilla	07 MAR 2012	Liliana Herrera	211VECD12E 31-01-24	Terminal Sur	Unica dosis



**MiVacuna**  
Covid-19


www.minsalud.gov.co



**MiVacuna**  
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: *Paula Andrea*  
 Apellidos: *Ramirez Parra*  
 Documento de identidad: C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:  
 No. *1006904165*  
 Fecha de nacimiento: Día *07* Mes *06* Año *2001*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	<i>12-07-21</i>	<i>Janssen</i>	<i>Z12A21A</i>	<i>C. A San Juan de Arima</i>	<i>MAYRA CASTAÑO</i>	<i>112444503</i>
	2	<i>24-01-2022</i>	<i>Janssen</i>	<i>Z0121A</i>	<i>Galerías</i>	<i>Paula Elizabeth Velasco</i> <i>CC.10061193784</i> <i>Aux Enfermera</i>	
	<i>5E</i>	<i>12/06/23</i>	<i>Pfizer</i>	<i>Z1F071A</i>	<i>VMD</i>	<i>[Signature]</i> <i>C.C. 10061193784</i> <i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:20:54 PM horas del 31/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1006904165**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA**

### **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.



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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 297069052**



M  
22:38:11  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 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) PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006904165:

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 Política 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 Relacionamento 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.**

División de Relacionamento con el Ciudadano.





## 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, 29/05/2026 10:40:28 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006904165** y Nombre: **PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA.**

## 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. **141175268** . 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

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



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 viernes 29 de mayo de 2026, a las 22:34:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006904165
Código de Verificación	1006904165260529223444

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.904.165**

**RAMIREZ PARRA**

APELLIDOS

**PAULA ANDREA**

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUN-2001**

**SAN JUAN DE ARAMA**  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

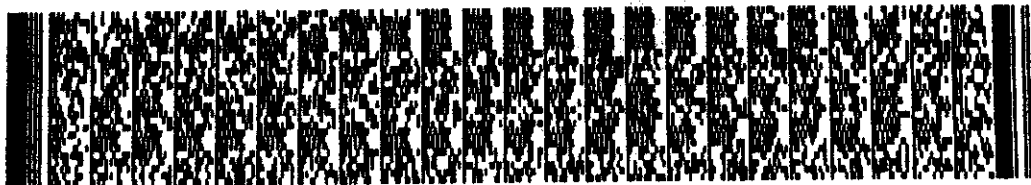
**F**

SEXO

**17-JUN-2019 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-1500150-01510482-F-1006904165-20250604

0145471566A 1

8515441290

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

14972249974



(415)7707212489984(8020) 000001497224997 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 6 9 0 4 1 6 5

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 0 6 9 0 4 1 6 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

RAMIREZ

32. Segundo apellido

PARRA

33. Primer nombre

PAULA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 87 C # 58 - 07 CA Piso 2

42. Correo electrónico

paularamirez0720@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 8 6 9 1 2 4 2

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 | 0 1 | 0 1

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## 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 

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024-01-14 / 08:26:16PM

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 2015. 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 PARRA PAULA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

# Certificación Bancaria



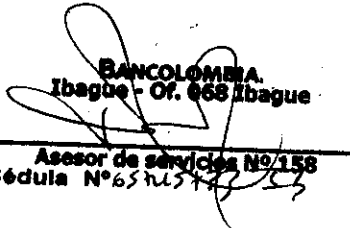
Ibagué, 4 de Junio de 2026.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA identificado(a) con CC No. 1006904165 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN BRONCE	06800016352	2026/06/04	A ACTIVA

  
BANCOLOMBIA  
Ibagué - Of. 068 Ibagué  
Asesor de servicios N°158  
Cédula N° 65 765 785

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

BANCOLOMBIA S.A.

VIGILADO

VIGILADO

\* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.  
\* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: En Bogotá (801) 343 0000, Medellín (804) 510 9000, Cali (802) 554 0505, Barranquilla (805) 361 8888, Bucaramanga (807) 897 2525, Cartagena (805) 893 4400, Resto del país 018000912345.  
Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín - Colombia



# UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Personería Jurídica Resolución No. 4974 del 29 de Diciembre del 2004  
Ministerio De Educación Nacional  
Registro "ICFES" 1735  
Nit: 860517647-5

## VIGILADA MINEDUCACIÓN

ANTES

FUNDACION EDUCATIVA DE ESTUDIOS SUPERIORES

FUNDEMOS-FES

Resolución de Aprobación No. 11110 del 13 de Julio de 1983

ANTES

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRÁN

Resolución de Aprobación No. 18778 del 15 de Diciembre de 1992  
Registro "ICFES" 2726

## EL DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO CERTIFICA:

Que, RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1006904165; cursó y aprobó las asignaturas correspondientes al plan de estudios, en el programa de:

**FISIOTERAPIA**  
Registro SNIES No. 21365

Graduado (a) mediante Acta 428 Libro 45 Folio 229 de 27/09/2023 con el título de:

## **PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA**

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado (a), en la ciudad de Bogotá D.C a los tres (03) días del mes de junio del 2026.

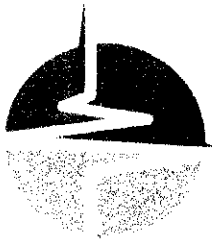
**Edna Yamile Venegas Hurtado**  
Vicerrectora de Estudiantes



Código: 8318920266339998

**ATENCIÓN:** Este certificado consta de 1 hoja(s). Este documento es válido en su totalidad, y la información contenida puede ser verificada a través del correo [registro@umb.edu.co](mailto:registro@umb.edu.co). Verifique el Código QR.

Bogotá, D.C. Campus Universitario: Av. Circunvalar No. 60-00 – Tels.: 546 06 00/56/58 – Fax: 546 06 38  
Sede Extensión Bucaramanga: Cra. 27 No. 33-106 – PBX(7)634 34 40 – Línea 980 91 71 12  
Dirección Internet: [www.umb.edu.co](http://www.umb.edu.co) E-mail: [registro@umb.edu.co](mailto:registro@umb.edu.co)



# Corporación Multimédicas

Educación Continua

*Certifica que:*

**PAULA ANDREA RAMÍREZ PARRA**

**C.C: 1.006.904.165**

Cumplió con los requisitos del curso en:


**SOPORTE VITAL BÁSICO “SVB – BLS”  
(RCP) Reanimación Cardio Respiratorio en Pediátricos y Adultos**

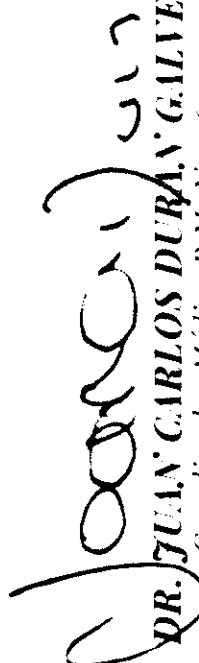
La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como: (AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation.

Emitido el 26/01/2026 Válido por 2 años a partir de la fecha

Certificado por 20 horas

  
**JUAN CARLOS CRISPIÁNCHO DÍAS**  
Director Corporación Multimédicas

  
**DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ**  
Coordinador Médico R.M. No. 16957



Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica* **Paula Andrea Ramírez Parra**

**CC 1006904165 de Bogotá D.C.**

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS)  
con un total de 120 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-01-31

Fecha de vencimiento: 2027-01-31



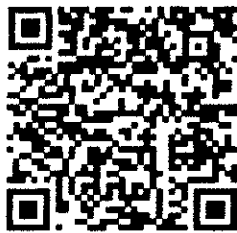
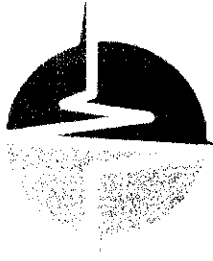
FUNDACION NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org)

*Sol Covalda*  
INC SOLANLY COVALEDA  
Representante Legal

*Deiby Stevens*  
DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3208

*Rosa Guzman*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



# Corporación Multimédicas

Educación Continua

*Certifica que:*

**PAULA ANDREA RAMÍREZ PARRA**

**C.C: 1.006.904.165**

Cumplió con los requisitos del **curso** en:

## **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución 0459 de 2012 – 3100 de 2019*

*Emitido el 15/01/2026 Válido por 2 años a partir de la fecha*

*Certificado por 48 horas*

*J. Cordero*  
**JUAN CARLOS CRISTIANCHO DÍAS**  
Director Corporación Multimédicas

*J. Galves*  
**DR. JUAN CARLOS DURAN GALVES**  
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, ve favor de escanear el código QR o ingresar a la URL: [www.mh4app.com](http://www.mh4app.com) 3123905971



Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901366232-1

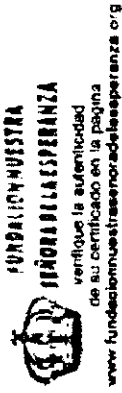
Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

**Certifica**  
**Paula Andrea Ramírez Parra**  
**CC 1006904165 de Bogotá D.C.**

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

Fecha de emisión: 2025-01-31  
Fecha de vencimiento: 2027-01-31

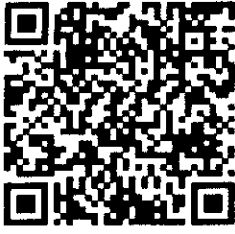
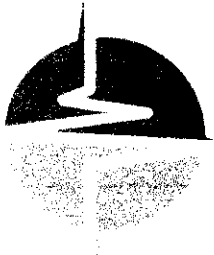
Verificación:



*Sol Covalleda*  
ING SOLANLY COVALEDA  
Representante Legal

*Deibne Stevens*  
DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3208  
Docente.

*Rosa Guzman*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



# Corporación Multimédicas

Educación Continua

*Certifica que:*

**PAULA ANDREA RAMÍREZ PARRA**

**C.C 1.006.904.165**

Cumplió con los requisitos del **Curso** en:

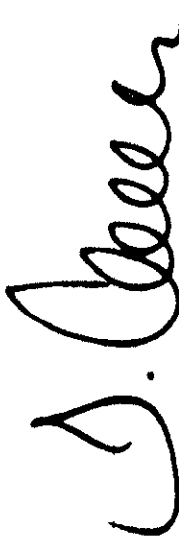
**PRIMER RESPONDIENTE**

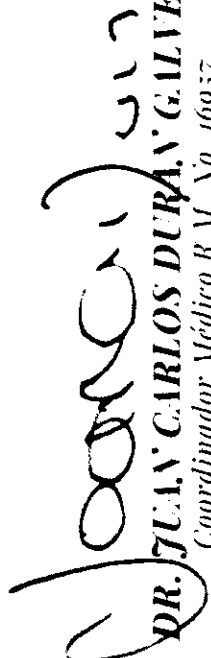
La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

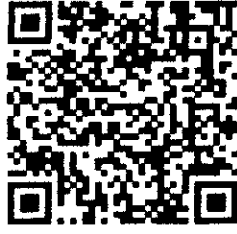
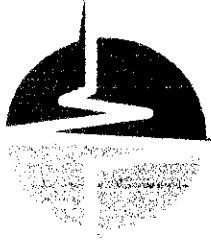
*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia - Resolución 3100 de 2019*

Emitido el **29/05/2026** Válido por **2 años** a partir de la fecha

*Certificado por 60 horas*

  
**JUAN CARLOS CRISÓSTOMO DÍAZ**  
Director Corporación Multimédicas

  
**DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVES**  
Coordinador Médico R.M. No. 16957



# Corporación Multimédicas

Educación Continua

*Certifica que:*

**PAULA ANDREA RAMÍREZ PARRA**

**C.C 1.006.904.165**

Cumplió con los requisitos del **Curso** en:

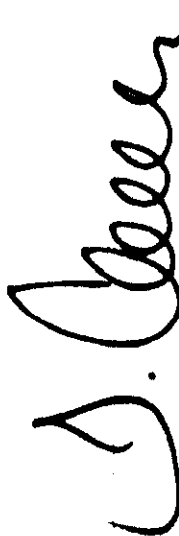
**HIGIENE Y LAVADO DE MANOS**

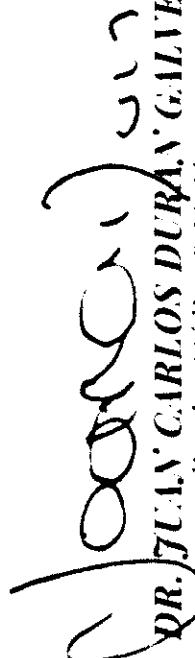
La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por la "OMS - OPS" Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 3100 de 2019*

*Emitido el 29/05/2026 Válido por 2 años a partir de la fecha*

*Certificado por 20 horas*

  
**JUAN CARLOS CRISLANCHO DÍAZ**  
Director Corporación Multimédicas

  
**DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVES**  
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse al correo: [info@mm.com.pa](mailto:info@mm.com.pa) o al WhatsApp: [+506 3123905971](tel:+5063123905971)

Ibagué, 04 de junio del 2026

Señores  
Sanidad de la policía nacional  
Ibagué - Tolima

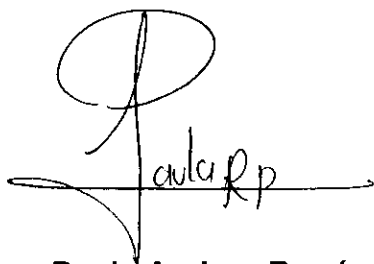
**Asunto: Compromiso para realizar el curso de Certificación de Discapacidad y Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad**

Yo, Paula Andrea Ramírez Parra, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1006904165, manifiesto mediante la presente mi compromiso de realizar y aprobar el curso de **Certificación de Discapacidad y Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad**, cumpliendo con los requisitos académicos y las actividades establecidas dentro del proceso de formación.

Entiendo la importancia de esta capacitación para garantizar una adecuada implementación de los lineamientos establecidos por las autoridades competentes y para mejorar la calidad de los servicios dirigidos a esta población.

En constancia de lo anterior, firmo la presente carta de compromiso.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'P' followed by the name 'Paula R P' in a cursive script.

**Paula Andrea Ramírez Parra**

**C.C.: 1006904165**

**Cargo: Fisioterapeuta**

**Teléfono: 3148691242**

**Correo electrónico: paularamirezz0720@gmail.com**

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

mediante registro RCO-0002 del Ministerio de Trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la Resolución No. 4927 de 2016

y en su nombre

## POSITIVA COMPañÍA DE SEGUROS S.A.

Certifica que

**PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA**

Identificado(a) con documento de identidad No CC1006904165

Cursó y aprobó satisfactoriamente el

### Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Realizado con una intensidad horaria de 50 horas  
luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las  
normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 29 de mayo de 2026



**Carlos Iván Heredia Ferreira**

Gerente de Operaciones y Atención al Cliente



Positiva Prevención

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) **PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA** (identificadora) con CC 1006904165 registra la siguiente información:

2026-05-29... 5:33:27 PM

Información Académica

**UNV Local FISIOterapia 2023-10-23 17831 Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.) Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



## Nueva Búsqueda

Empresa / Persona

Entidad

Departamento

Soy humano



1006904165



●  
A  
A

Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

Nombre de persona o empresa

Nit / C.C.:



## Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOP), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

Seleccione un año

2017

Lista de los contratos más cuantiosos

\*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
---	-------	--------------------	---------	--------------	-------------------	--------------	----------

## Entidades

Entidades con mayor número de contratos adjudicados discriminados por: Número de procesos, Departamento y Municipio.

## Gráficas del reporte

## 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 22:49:32 horas del 29/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006904165**, Apellidos y Nombres **RAMIREZ PARRA PAULA ANDREA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Dirección de Sanidad Policía Nacional**, con NIT **830041314-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**PAULA ANDREA RAMIREZ PARRA**

C.C 1.006.904.165

Participó y completó el curso virtual  
**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**  
Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de mayo 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público

Código: 769550015000



**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 1006904165 **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 29/05/2026 10:33 PM



Código Verificación: **76XN2GQ5BK**

Válida hasta: **28/08/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



El Departamento Administrativo de la Función Pública certifica que en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP II, el usuario Paula Andrea Ramirez Parra identificado(a) tipo de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 1006904165 no registra actualmente Vinculación Activa ni contrato Vigente en el SIGEP II en la entidad DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL donde está asociado el usuario.

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de junio del año 2026, a las 13:54 (horas)



**Función Pública**



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

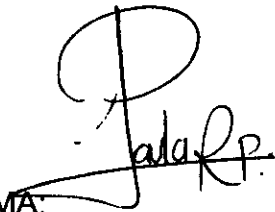
Ibagué, 04 de junio del 2026

Señora Patrullera  
LINA MARCELA GOMEZ SALAS  
Supervisora de Contrato  
Ibagué, Tolima

Yo Paula Andrea Ramirez Parra , identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.006.904.165 expedida en *Bogotá D.C*, manifiesto que conozco de las inhabilidades e incompatibilidades expresadas en la ley, en especial las establecidas en la constitución Nacional, en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes con la materia y, en mérito de este conocimiento , declaro que no me hallo incurso en ningún evento de inhabilidad e incompatibilidad, como tampoco ostento prohibición especial para contratar con el Estado. En especial, que no aparezco reportado en el boletín de responsables fiscales expedido por la Contraloría General de la Republica, ni registro sanciones ni inhabilidades vigentes en el boletín de la Procuraduría General de la Nación.

Manifestación que se entiende *prestada bajo la gravedad de juramento*

NOMBRE DEL PROPONENTE:  
Yo Paula Andrea Ramirez Parra  
CC: 1.006.904.165

FIRMA: 

DIRECCION: Tv 87c 58-07  
TELEFONO: 3148691242  
EMAIL: paularamirezz0720@gmail.com

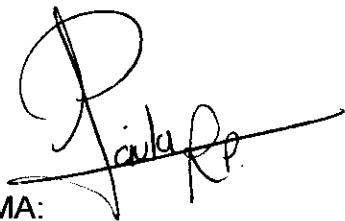
Ibagué, 04 de junio del 2026

Señor coronel  
EDGAR FERNANDO LÓPEZ GONZALEZ  
Comandante Policía Metropolitana de Ibagué  
Ibagué, Tolima

Yo Paula Andrea Ramirez Parra , identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.006.904.165 expedida en *Bogotá D.C.*, manifiesto que conozco de las inhabilidades e incompatibilidades expresadas en la ley, en especial las establecidas en la constitución Nacional, en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes con la materia y, en mérito de este conocimiento , declaro que no me hallo incurso en ningún evento de inhabilidad e incompatibilidad, como tampoco ostento prohibición especial para contratar con el Estado. En especial, que no aparezco reportado en el boletín de responsables fiscales expedido por la Contraloría General de la Republica, ni registro sanciones ni inhabilidades vigentes en el boletín de la Procuraduría General de la Nación.

Manifestación que se entiende *prestada bajo la gravedad de juramento*

NOMBRE DEL PROPONENTE:  
Yo Paula Andrea Ramirez Parra  
CC: 1.006.904.165

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Paula R.P.', with a large, stylized initial 'P' at the beginning.

FIRMA:  
DIRECCION: Tv 87c 58-07  
TELEFONO: 3148691242  
EMAIL: paularamirezz0720@gmail.com



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 04 junio 2026

Hora: 09:20 am

Lugar de toma del consentimiento: Ibague Tolima

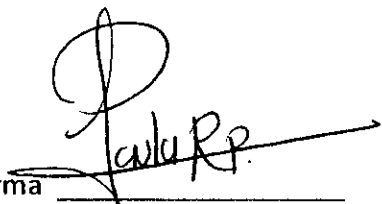
Yo Paula Andrea Ramirez Parra

Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 1006904165 de Bogotá D.C.

Mediante el presente documento autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, realizar el trámite de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados.

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Fundamentos Legales: Ley 1581 de 2012 y su DECRETO 1377 DE 2013

  
Firma \_\_\_\_\_  
Cédula 1006904165

Paula Andrea Ramirez Parra identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 44 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior, firmo este documento a los días 04 del mes de junio del año 2014.



Compromiso de proveedor persona natural de no estar obligado a llevar libros de contabilidad.

Firmado: Paula Andrea Ramirez

Identificación de proveedor: CC. 1006904165



DNP

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente  
Tel. • •

WWW.COLOMBIACOMPRA.GOV.CO

**LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA	09/01/2024	20/12/2024	\$17.600.000	SINGULAR	PRIVADO	NEURONA BEBE
	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA	13/01/2025	19/12/2025	\$19.030.000	SINGULAR	PRIVADO	NEURONA BEBE
	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA DOMICILIARIA	02/02/2026	28/04/2026	\$4.200.000	SINGULAR	PRIVADO	FALCK HOMECARE

Ibagué, 04 de junio del 2026

Señora Patrullera  
LINA MARCELA GOMEZ SALAS  
Supervisora de Contrato  
Ibagué, Tolima

Yo Paula Andrea Ramirez Parra identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1.006.904.165 DE Bogotá D.C. certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI NO X he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2025.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Paula R.P.', with a horizontal line extending to the right across the bottom of the signature.

Firma

Cédula 1006904165