

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.038.334.789**

VILLA RAMOS
APELLIDOS

ERIKA TATIANA
NOMBRES

Erika Tatiana Villa R.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1991**

FRONTINO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O-

G.S. RH

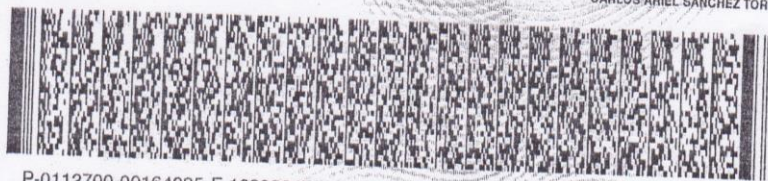
F

SEXO

15-ABR-2009 FRONTINO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0112700-00164025-F-1038334789-20090723

0013824115A 2

29350413

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14249136694			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1038334789		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Medellín	
				14. Buzón electrónico 11	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 1038334789	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Antioquia 05		30. Ciudad/Municipio Frontino 284	
31. Primer apellido VILLA		32. Segundo apellido RAMOS		33. Primer nombre ERIKA	
				34. Otros nombres TATIANA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Antioquia 05		40. Ciudad/Municipio Medellín 001	
41. Dirección principal CR 27 CL 54 18 IN 202					
42. Correo electrónico tatis-hc@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 2223704		45. Teléfono 2 3207704356	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8692		47. Fecha inicio actividad 20101214		48. Código	
				49. Fecha inicio actividad	
				50. Código 12	
				51. Código 5132	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 20					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 123					
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 X NO		60. No. de Folios: 2		61. Fecha 20130715	
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 OSPINA PEREA JOHANA MARCELA					
985. Cargo Punto de Contacto Presencial					



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VILLA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMOS	NOMBRES ERIKA TATIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1038334789	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 01 MES 01 AÑO 1991 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO FRONTINO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Vereda la Antigua PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO ABRIAQUÍ TELÉFONO 3207704356 EMAIL tatis-hc@hotmail.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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X°	MES	11	AÑO	2008

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2010	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X		X		

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA A. TORO ELEJALDE -FRONTINO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																			
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA				MUNICIPIO FRONTINO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																	
TELÉFONOS 8595050				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
				Día		28		Mes		01		Año		2026		Día		27		Mes		04		Año		2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APS - AUXILIAR DE ENFERMERIA				DEPENDENCIA APS EXTRAMURAL						DIRECCIÓN CARRERA 27 31 38 BARRIO JUAN XXIII																	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA A. TORO ELEJALDE -FRONTINO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO FRONTINO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 8595050			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	11	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 694 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APS EXTRAMURAL						DIRECCIÓN CARRERA 27 31 38 BARRIO JUAN XXIII					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS - SANTAFE DE ANTIOQUIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA				MUNICIPIO ABRIAQUÍ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8531020				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	14	Mes	02	Año	2025	Día	15	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA APS				DEPENDENCIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS				DIRECCIÓN CALLE 10 3 24							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS - SANTAFE DE ANTIOQUIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA				MUNICIPIO ABRIAQUÍ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8531020				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	21	Mes	04	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA				DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN Santa Fe de Antioquia							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS - SANTAFE DE ANTIOQUIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA				MUNICIPIO ABRIAQUÍ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8531020				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	03	Año	2022	Día	30	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA				DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN Santa Fe de Antioquia							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ABRIAQUI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA				MUNICIPIO ABRIAQUÍ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3207704356				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	08	Mes	06	Año	2020	Día	07	Mes	11	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA				DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS - SANTAFE DE ANTIOQUIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA				MUNICIPIO ABRIAQUÍ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8531020				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	10	Año	2019	Día	30	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA				DEPENDENCIA APS - SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN santa Fe de Antioquia							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA AUTONOMA AS AMERICAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO ABRIAQUÍ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	19	Mes	02	Año	2019	Día	15	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA BUEN COMIENZO					DIRECCIÓN municipioAbriaqui					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS - SANTA FE DE ANTIOQUIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO ABRIAQUÍ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 8531020			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	05	Año	2019	Día	30	Mes	09	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN Santa Fe de Antioquia					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 DE 1958

Dirección Nacional

Dirección de Capacitación - Bogotá D.C.

CERTIFICA QUE:

ERIKA TATIANA VILLA RAMOS

Cédula de ciudadanía # 1038334789

PARTICIPÓ EN EL DIPLOMADO

SOLIDARIO EN APS, SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Realizado en Bogotá. D.C. entre el 01/12/2024 y el 28/02/2025
con una intensidad de 120 horas. Se expide en Bogotá. D.C., el 18/07/2025.

ELIER ÁVALO CASTAÑO

Director Técnico de Capacitación (E)
Escuela Superior de Administración Pública ESAP





I. E. LA ESCUELA NORMAL SUPERIOR
"MIGUEL ÁNGEL ÁLVAREZ"
FRONTINO - ANTIOQUIA

CON ACREDITACIÓN DE CALIDAD Y DESARROLLO DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN
NACIONAL, RESOLUCIÓN 2626 DEL 4 DE NOVIEMBRE DE 2003 Y LEGALIZADOS
SUS ESTUDIOS POR RESOLUCIÓN DEPARTAMENTAL 7803 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2000

CONFIERE A:

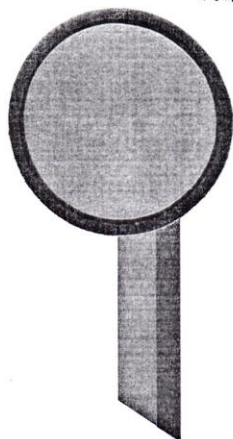
Erika Tatiana Villa Ramos

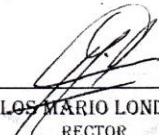
IDENTIFICADO(A) CON T.I. N° 910408.10450 DE Frontino

EL TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO
CON PROFUNDIZACIÓN EN EL CAMPO DE LA
EDUCACIÓN Y LA FORMACIÓN PEDAGÓGICA

POR RAZÓN DE HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE
EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA, CON PROFUNDIZACIÓN EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN Y LA
FORMACIÓN PEDAGÓGICA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES




CARLOS MARIO LONDOÑO M.
RECTOR


MARÍA GABRIELA RODRÍGUEZ G.
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

ANOTADO AL FOLIO NO. 14 DEL LIBRO DE REGISTRO NO. 02

EXPEDIDO EN FRONTINO ANTIOQUIA, EL 10 DE Diciembre 200 8

**SECRETARIA DE EDUCACIÓN PARA LA CULTURA
I. E. ESCUELA NORMAL SUPERIOR MIGUEL ÁNGEL ÁLVAREZ
FRONTINO ANTIOQUIA.**

Aprobada por resolución Departamental 7803 del 03 de octubre de 2000 con
acreditación de calidad y desarrollo del MEN según resolución 2626 del 04 de
Noviembre de 2003.

ACTA DE GRADO 002

El día 07 de Diciembre de 2008 en el municipio de FRONTINO, Departamento de
ANTIOQUIA, en la I.E. ESCUELA NORMAL SUPERIOR MIGUEL ÁNGEL
ÁLVAREZ se celebró la proclamación de

**BACHILLERES ACADÉMICOS CON PROFUNDIZACIÓN EN EL
CAMPO DE LA EDUCACIÓN Y LA FORMACIÓN PEDAGÓGICA**

Título otorgado a :

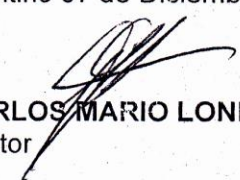
VILLA RAMOS ERIKA TATIANA

Tarjeta de identidad 910408 - 10450 expedida en Frontino (Ant).

El acto fue presidido por el Rector Carlos Mario Londoño Muñetones identificado
con Cédula de Ciudadanía N° 71.021.031 Expedida en Frontino y la Auxiliar
Administrativa María Gabriela Rodríguez Gómez identificada con Cédula de
Ciudadanía N° 21.743.805 Expedida en Frontino

Registrado para efectos legales, de conformidad con el Decreto N° 921 1994 y
la circular Departamental No. 7 de 1994 en el libro de Registro de diplomas No.
02 FOLIO 14. NUMERAL 74.

Frontino 07 de Diciembre 2008


CARLOS MARIO LONDOÑO M.
Rector


MARIA GABRIELA RODRÍGUEZ G.
Auxiliar Administrativa



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

ERIIKA TATIANA VILLA RAMOS

con documento de identificación No. CC.1038334789

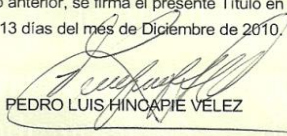
Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título

de

TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en FRONTINO
a los 13 días del mes de Diciembre de 2010.


PEDRO LUIS HINOJAPI VELEZ

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

169269 09/12/2010
Número y Fecha Registro

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL
Reconócese este Título
para todos los efectos Legales



REGIONAL ANTIOQUIA

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro : 169269 del 09/12/2010

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO QUE:

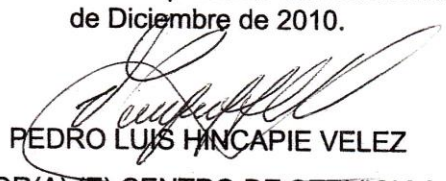
ERIIKA TATIANA VILLA RAMOS

con documento de identificación No. CC.1038334789

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En constancia de lo anterior se firma la presente en FRONTINO a los 13 días del mes
de Diciembre de 2010.


PEDRO LUIS HINCAPIE VELEZ

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA



República de Colombia

y en su nombre



Fundación Academia Tecnológica

Personería Jurídica 10794 de 21 de Diciembre de 2.001 y la



Academia Politécnica Interactiva

Resolución 0769 de Febrero 24 de 2006 y 8380 de 13 de agosto de 2.010
Secretaría de educación y Cultura de Itagüí

En atención a que:

Erika Tatiana Villa Ramos.

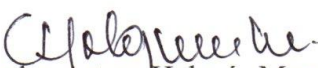
Identificado(a) con C.C. Número 1038334789

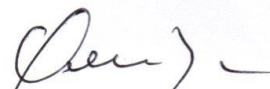
Ha completado todos los estudios que el proyecto educativo institucional y el
Proyecto pedagógico de la institución educativa exige para optar el

Certificado de Técnico Laboral por competencias en

Seguridad y Riesgos Profesionales

Por lo anterior se expide el presente y en testimonio se firma en Itagüí el 4 de
Diciembre de 2016 para constancia lo firman


Carlos Arturo Holguín Moreno
RECTOR


Yudy Johana C.
SECRETARIA

 ACADEMIA POLITECNICA
INTERACTIVA
Res. 68982 del 02 Agosto de 2016
Res. 68603 del 29 Agosto de 2016
Res. 80195 de Octubre de 2016

Registrado en el Libro 18 folio 361
Copia del Original



República de Colombia y en su nombre



la **Fundación Academia Tecnológica**

Personería Jurídica número 10794 de 21 de diciembre de 2.001



y la E. E. **Academia Politécnica Interactiva**

Resolución 0769 de 24 febrero de 2006 8368y8369 de Mayo 31 de 2.010

ACTA DE GRADO

Acta de grado número: 180361 de 4 de Diciembre de 2016 Acta de Grado Libro 18, Folio 361

El Rector de la “**ACADEMIA POLITÉCNICA INTERACTIVA**”, institución educativa de carácter Privado, Calendario “A”, Jornada Mixta, Mañana, Tarde, Noche, Fin de Semana, con reconocimiento de carácter no oficial, Creada y reconocida bajo la Resolución 0769 de 24 de Febrero de 2006, 8368 de mayo de 2010, de la Secretaría De Educación y Cultura del Municipio de Itagüí, niveles de Educación Formal y CLEI de uno a sexto, modalidad semipresencial, Plan de estudios: Ley General de Educación, número 115 de 1994, Decreto reglamentario 1860 de 1994, Decreto 1290 de 2009, Decreto 3011 de 1997, 4904 de 2.009, Ley 1064 de 2006.

La Institución Educativa es propiedad de la **FUNDACIÓN ACADEMIA TECNOLÓGICA**, entidad sin ánimo de lucro, con Personería Jurídica número 10794 de la Gobernación de Antioquia, del 21 de Diciembre de 2001.

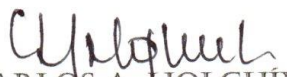
Código DANE No. 305360002441

NIT: 811031711-3

ERIKA TATIANA VILLA RAMOS, documento de identidad número 1038334789 en ceremonia pública prestó el juramento a lo cual respondió afirmativamente a los compromisos personales, de familia y de patria, ante la Mesa Directiva, sus compañeros y sus acompañantes, por lo tanto y de acuerdo a la Ley General de Educación, los Decretos, las Resoluciones, las Directivas Ministeriales, el Proyecto Educativo Institucional, el Manual de Convivencia y las demás Normas Reguladoras requeridas para la obtención del presente Certificado de Técnico Laboral por competencias en, resuelve el Consejo Académico en reunión de sesión ordinaria el 4 de Diciembre de 2016 al efectuar la revisión de los documentos, las evaluaciones y demás anexos deja constancia que la E. E. **ACADEMIA POLITÉCNICA**

INTERACTIVA, le otorga el **Certificado de Técnico Laboral por competencias en**

SEGURIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES


CARLOS A. HOLGUÍN M.
RECTOR
cc. 8.301.319



ACADEMIA POLITÉCNICA INTERACTIVA
Res. 68882 del 02 Agosto de 2016
Res. 68803 del 29 Agosto de 2016
Res. 80195 de Octubre de 2016

Registrado en: 180361
Copia del original

Resultado General -2026-08-04→5:51:54 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1038334789	ERIKA	TATIANA	VILLA	RAMOS	Vigente	Ver

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) ERIKA TATIANA VILLA RAMOS identificado(a) con CC 1038334789 registra La siguiente información:

2026-08-04→5:51:54 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2011-02-21	5103911	GOBERNACION DE ANTIOQUIA

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).



RESOLUCIÓN 5-1039-11

21 de Febrero de 2011

POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN
EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

En uso de Las atribuciones legales y en especial las conferidas en las Resoluciones N° 2085 de 1989 y 0449 de 1993 y los Decretos No.1875 de 1994 modificado por el 1352 de 2000 y 3616 de 2005 del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

1. Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia, ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante la autorización e inscripción de los certificados de educación para el trabajo y desarrollo humano, para su debido desempeño.
2. Que **ERIKA TATIANA VILLA RAMOS**, con cédula de ciudadanía N° 1.038.334.789 solicitó la autorización e inscripción de su certificado de TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERIA, que le fue otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, en la fecha 13/12/2010

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **ERIKA TATIANA VILLA RAMOS**, con cédula de ciudadanía N° 1.038.334.789 para desempeñarse como: TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERIA, en el territorio colombiano.

ARTICULO SEGUNDO: Para ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado, el titular deberá inscribir su nombre en la Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer la vigilancia y el control que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Notificar personalmente a el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Medellín, el 21 de febrero de 2011

CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR
SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Elaboró: Gloria Elena Villada C.

LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

CERTIFICA

Que **ERIKA TATIANA VILLA RAMOS**, identificada con Cedula de Ciudadanía 1.038.334.789, ha suscrito el siguiente contrato con la institución:

N° del Contrato	Vigencia	Objeto	Valor
091-2022	Desde el 02 de marzo hasta el 20 de diciembre de 2022	Prestación de Servicios como Técnico Profesional en Enfermería, dentro del marco de ejecución del convenio No. 036-SGSA-CD-CI-2022, que tiene por objeto: "Aunar esfuerzos para la ejecución de las actividades del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), con el fin de impactar a toda la población del municipio de Abriaquí-Antioquia. PARAGRAFO 1: Estas acciones están dimensionadas en los proyectos definidos en el Componente Operativo anual (COAI) el cual hace parte integral del presente convenio."	\$17.340.000
C100-2023	Desde el 24 de abril al 31 de diciembre de 2023.	Prestación de Servicios como Técnico Profesional en Enfermería, dentro del marco de ejecución del convenio No. 053-SGSA-CD-CI-2023, que tiene por objeto: "Ejecutar las actividades del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC) 2023, según los lineamientos técnicos de la resolución 518 de 2015 y 3280 de 2018 y enmarcados en el plan decenal de salud pública, con el fin de impactar positivamente a toda la población del municipio de Abriaquí-Antioquia.	\$21.373.116
OS174-2024	Desde el 02 de octubre al 31 de	Prestación de servicios como auxiliar de enfermería, ejecutando actividades en el área rural del Municipio de Abriaquí, en aras de contribuir con el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, mediante la conformación de	\$7.500.000

	diciembre de 2024	los equipos básicos de atención en salud, según los lineamientos establecidos en la Resolución número 00001033 del 11 de junio de 2024.	
--	-------------------	---	--



SANTIAGO VARELA MACIAS

Gerente.

CONTROL DOCUMENTAL	
Fecha de elaboración:	17 de febrero de 2025
Oficio proyectado por:	Katherine Agudelo Morales / Técnica Administrativa- Contratación

		Código: F-GM-003 Versión: 01 Fecha: 15/01/2026
---	--	--

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA EMPRESA SOCIAL DE ESTADO, HOSPITAL MARÍA ANTONIA TORO DE ELEJALDE DEL MUNICIPIO DE FRONTINO ANTIOQUIA,

HACE CONSTAR:

Que la señora **ERIKA TATIANA VILLA RAMOS** identificada con cedula de ciudadanía Núm. **1.038.334.789** presto sus servicios en esta Institución mediante un Contrato de Prestación de Servicios bajo el siguiente objeto contractual **EL CONTRATISTA DE MANERA INDEPENDIENTE, ES DECIR, SIN QUE EXISTA SUBORDINACIÓN JURÍDICA, UTILIZANDO SUS PROPIOS MEDIOS, PRESTARÁ LOS SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL MUNICIPIO DE FRONTINO ANTIOQUIA, PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ENMARCADAS EN 1 EQUIPO BÁSICO DE SALUD (RURAL DISPERSO DEL MUNICIPIO DE FRONTINO) SEGÚN LA RESOLUCIÓN 698 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL MARIA ANTONIA TORO DE ELEJALDE.**

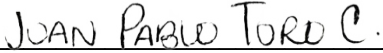
Contrato	Honorarios Valor Total de Contrato	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado:
CPS N° 068	\$ 9.000.000	28/01/2026	27/04/2026	Liquidado

Esta certificación se expide a solicitud del interesado.

En caso de validación, contactarnos a través del email
subadministrativa@hospitalfrontino.gov.co

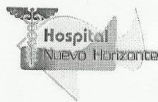
Dado en Frontino, Antioquia a los veintinueve (29) días del mes de mayo del 2026.

Aprueba:


Juan Pablo Toro Cardona
Subgerente Administrativo y Financiero

Elaboró: SJRP

Nuestro compromiso, tu salud y la de tu familia
Carrera 27 N° 31-38 Barrio Juan XXIII Teléfonos: 8595050 -8595488
esehospital@hospitalfrontino.gov.co NIT: 890.906.991-2



**ESE HOSPITAL NUEVO HORIZONTE
ABRIAQUI-ANTIOQUIA**

Abriaquí, 16 de mayo de 2013

A QUIEN INTERESE

Que la señorita TATIANA VILLA RAMOS, identificada con cedula de ciudadanía 1.038.334.789, quien ha trabajado en la institución ESE **HOSPITAL NUEVO HORIZONTE**, desarrollado funciones de AUXILIAR DE ENFERMERIA, desde el día 2 de septiembre de 2011 hasta 15 de febrero de 2013.

Esta se expide a solicitud del interesado

Atentamente,

Juan Felipe Speck
Gerente



GH-R04-000

Medellín, 19 de enero de 2017

LA CORPORACION ABRAZAR

CON NIT. 900204791-9

Hace constar

Que la señora **ERIKA TATIANA VILLA RAMOS** con Cédula De Ciudadanía N° 1038334789, prestó sus servicios en la Corporación Abrazar como Auxiliar de enfermería, mediante contrato de prestación de servicios, desde el día 01 de abril de 2016, hasta el día 18 de diciembre de 2016.

Cualquier información adicional al número 3223412 o al correo electrónico corporacionabrazar.auxiliar@gmail.com

Quedo atento

Cordialmente,

JOSE EDUARDO CANTILLO A.

Auxiliar administrativo

Elaborado por: JOSE EDUARDO CANTILLO





La Directora del Departamento de Gestión Humana de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, entidad de Educación Superior reconocida mediante resolución número 1185 del 28 de mayo de 2003, emanada del Ministerio de Educación Nacional, antes Fundación Universitaria Politécnico Nacional.

CERTIFICA QUE:

El señor(a) ERIKA TATIANA VILLA RAMOS, Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.038.334.789 de FRONTINO (ANTIOQUIA), prestó sus servicios en la Institución desde el 10 de Abril de 2018, su último contrato fue por PRESTACIÓN DE SERVICIOS desde el 19 de Febrero de 2019 al 15 de Diciembre de 2019, desempeñó el cargo de PROFESIONAL EN NUTRICION y devengó HONORARIOS PROFESIONALES de \$391.651, para unos ingresos totales de Trescientos Noventa y Un Mil Seiscientos Cincuenta y Un Pesos (\$391.651).

Se expide esta constancia por solicitud del interesado, el 23 de Enero de 2020

ESTE CERTIFICADO NO CONTIENE NI ENMENDADURAS, NI TACHONES VALIDO ÚNICAMENTE CON LA FIRMA DE LA DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA.

PAULA A. CORRALES GUTIERREZ

Directora Gestión Humana

Dr. Edgar Favian Bejarano

M.D. Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO PREOCUPACIONAL FECHA: 22/10/2025

NOMBRES Y APELLIDOS: Erika Tatiana Villa Ramos
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía
CARGO: Auxiliar de enfermería
EMPRESA: PARTICULAR
DIRECCIÓN: Abriaqui

EDAD: 34 años
N° DOCUMENTO: 1038334789
GÉNERO: Femenino
CIUDAD: Abriaqui-Antioquia
TELÉFONO: 573207704356

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial
AYUDAS DIAGNÓSTICAS:
Ninguna
ÉNFASIS:

Osteomuscular: Normal

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a Erika Tatiana Villa Ramos, con documento N° 1038334789, en el día 22/10/2025. Se considera **No presenta restricción** para desempeñar la ocupación de Auxiliar de enfermería.

RECOMENDACIONES GENERALES:
implementar hábitos y estilo de vida saludables, alimentación balanceada, adecuada hidratación oral, actividad física regular, asistir periódicamente a consulta preventiva en su EPS.

CONDUCTAS OCUPACIONALES:
De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, la trabajadora no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.

- Observaciones generales preventivas:**
- Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar
 - Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda
 - El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo
 - Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral
 - Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
 - Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azúcares, carbohidratos y grasas
 - Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:

De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoción y prevención de la salud.

Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Favían Bejarano
M.D.
U.C.C.
R.M. 8553/2014

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE: Edgar Favian Bejarano Velandia

MÉDICO: 8553/2014 – 86076202

LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 7213 del 13/03/2021

Erika Tatiana Villa R

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Erika Tatiana Villa Ramos

DOCUMENTO: CC 1038334789



Código de validación:9672418194817167000



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Código Verificación: 4741510

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

ERIKA TATIANA VILLA RAMOS, identificado con Cedula Ciudadania 1038334789 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación: Cedula Ciudadania 1038334789
Nombres y apellidos: ERIKA TATIANA VILLA RAMOS
Nivel de Sisbén: Nivel 2
Grupo Sisbén: Grupo C
Fecha de afiliación: 2014-04-02
Ciudad: ABRIAQUI
Régimen: SUBSIDIADO
IBC: NO APLICA
Estado de afiliación: Activo
Modelo de liquidación: CAPITA
Fecha de retiro:
Semanas de afiliación: 643

El presente documento fue generado el 2026-08-04 17:56:52, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo, el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo con la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Grupo Familiar del afiliado

Tipo Documento	Número Documento	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco Cotizante	Estado Afiliado	Régimen
Tarjeta Identidad	1038929484	VALENTINA	CARVAJAL VILLA	2014-12-17		Activo	SUBSIDIADO

JEFATURA DE ASEGURAMIENTO DE OPERACIONES
SAVIA SALUD EPS



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ERIKA TATIANA VILLA RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.038.334.789**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Agosto del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

	FORMATO DE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE		CÓDIGO: PD-PD-FT-13
			VERSIÓN: 01
			FECHA: OCTUBRE 2023
			PÁGINA: 1 DE 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA 04	08	2026
----------------------------------	--------	----	------

INFORMACIÓN GENERAL	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Erika Tatiana Villa Ramos
DIRECCIÓN	Vereda la Antigua
DEPARTAMENTO	Antioquia
CUIDAD	Abriaquí
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. 1032334789
(Incluir dígito de verificación)	
No. IDENTIFICACIÓN	
TELEFONO	

INFORMACIÓN GENERAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	☐ INDUSTRIAL ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ COMBUSTIBLES ☐ COMERCIAL ☐ GAS NATURAL ☐ SERVICIOS IPS ☐ FARMACÉUTICOS ☐ SERV. INDUSTRIALES ☐ TRANSPORTE OTROS SERVICIOS <u>Prestación Servicios Aux. enf.</u>
OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior SI ☒ NO ☐ Posee cuentas en moneda extranjera SI ☒ NO ☐
TIPO DE EMPRESA	PURICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ OTRA ☐ CUIA ☐

CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS	
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	
CONDICIONES DE PAGO	contado 30 días 60 días OTRO - CUAL ? :
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	

PEPS	
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI ☐ NO ☒
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐ NO ☒ INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES?	SI ☐ NO ☒ INDIQUE

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION	
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) 2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT. 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios 4. Autorizo al Hospital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato y la búsqueda en listas restrictivas. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas	

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia	

9. FIRMA Y HUELLA	
Erika Tatiana Villa R	

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
Fecha de Verificación		Hora
Nombre y Cargo de quien verifica		
Firma		
Resultado de la Verificación		

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

CÓDIGO: PD-PD-FT-14

VERSIÓN: 01

FECHA: OCTUBRE 2023

PÁGINA: 1 DE 1

Fecha de diligenciamiento 04 08 2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Erika Tatiana Villa Ramos N°. Identificación 1038334789

Tipo de identificación CC CE PA TI RC Fecha de expedición 15 04 2009 Expedida en:

Fecha de Nacimiento 08-04-1991 Lugar de Nacimiento Frontino Nacionalidad Colombiana

Dirección Residencia La Antigua País - Dpto. - Ciudad Antioquia - Abriaquí Celular 3207704356

DETALLE ACTIVIDAD Asalariado X Independiente Estudiante Rentista Socio Pensionado

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: NIT:

Dirección oficina principal Ciudad Teléfono

Código de actividad CIIU E - mail

Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Inversión extranjera SI () NO () PORCENTAJE ()

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
	CC CE T.J. NIT	
	CC CE T.J. NIT	
	CC CE T.J. NIT	
	CC CE T.J. NIT	
	CC CE T.J. NIT	

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Tipo de Transacción: Importación Exportación Inversiones Prestarhos Tráseferencias Otros Ciudad?

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

PEPS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI	NO	INDIQUE
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI	NO	INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	SI	NO	INDIQUE

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

Declaro expresamente que:

- Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
- Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios
- Autorizo al Hospital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato y la búsqueda en listas restrictivas.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

9. FIRMA Y HUELLA

FIRMA

CC:

Erika Tatiana Villa R

1038334789



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación	Hora
Nombre y Cargo de quien verifica	
Firma	
Resultado de la Verificación	

	FORMATO DE DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	CÓDIGO: PD-PD-FT-17
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA 1 DE 2

Enka Tatiana Villa Ramos identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1038334789 de Frontino obrando en nombre propio y/o en REPRESENTACIÓN de La empresa ESE Hospital San Juan de Dios NIT No. 890982264 - 1, en mi calidad

de: EMPLEADO () PROVEEDOR () CONTRATISTA (X) MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA ().

En cumplimiento de la política de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

1. Que mis recursos o los recursos de la persona natural o jurídica que represento provienen de actividades LÍCITAS y están ligados al desarrollo normal de mis o sus actividades, y que, por lo tanto, estos no provienen de ninguna actividad ilícita o delictivas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
2. Que yo o la persona natural o jurídica que represento no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
3. Que los recursos que se van a utilizar para la ejecución de la relación contractual o negocio jurídico a celebrar con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no provienen de ninguna actividad ilícita contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
4. Que en la ejecución de la relación contractual o en el desarrollo de las actividades contratadas por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no contrataré, ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
5. Que la entidad que represento cumple con las normas que regulan la prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que se deriva de dichas disposiciones legales.
6. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tenga participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el Derecho Internacional, tales como Naciones Unidas y OFAC. Por lo anterior, **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, está facultado para hacer las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado en cualquier momento cualquier relación contractual o jurídica, al comprobar que hago parte o alguna de las personas que hacen parte de la entidad que represento dentro de las mencionadas listas.
7. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran inmersos en investigaciones o procesos penales dolosos relacionados al LA/FT y/o delitos conexos establecidos en el artículo 323 del Código Penal Colombiano. Por lo anterior, está facultado **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, para hacer las verificaciones que considere

	FORMATO DE DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	CÓDIGO: PD-PD-FT-17
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA 2 DE 2

pertinentes en base de datos de información pública nacionales o internacionales y podrá dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si se verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existe información en dichas bases de datos que puedan generar un Riesgo Legal o Reputacional para **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**.

8. Que en el evento de tener conocimiento de las circunstancias descritas en los numerales (6 y 7) del presente documento, me comprometo a comunicarlo de inmediato al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**.
9. Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado de manera libre y voluntaria, y por lo tanto, autorizamos al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** a comunicar a las autoridades nacionales o internacionales competentes y efectúe los reportes ante las autoridades, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), exonerándola de algún tipo de vinculación con estos casos descritos anteriormente.
10. Que toda la documentación e información aportada o suministrada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, es veraz y exacta, y por lo tanto, el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** está facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinente y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, en caso de verificar la inexactitud de dicha documentación o información.
11. Que ninguna otra persona natural o jurídica tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
12. Que conozco, declaro y acepto que **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, está en obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, pueda tener dudas razonables sobre mi operación u operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como el origen de nuestros activos, evento en el cual, suministraremos información según sea el caso. Si estas no son satisfactorias a juicio del **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, queda autorizada para terminar cualquier relación contractual establecida con esta y hacer los reportes ante las autoridades que considere competentes.
13. Declaro que la totalidad de pagos que realizo o realiza la sociedad que represento en la ejecución de la relación contractual con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, se efectúa de manera directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros.
14. Autorizo a la **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, el permiso para realizar el proceso de debida diligencia y búsqueda en listas restrictivas.

Firma:

Tatiana Villa

Nombre completo:

Erika Tatiana Villa R

Tipo de Identificación:

Cédula Ciudadana

Número de Identificación:

1038334789



HUELLA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300691810



PIB
18:04:53
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de agosto 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) ERIKA TATIANA VILLA RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1038334789:

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.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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

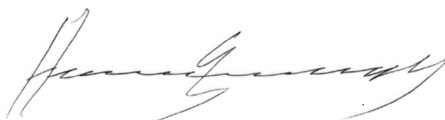
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de agosto de 2026, a las 18:05:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1038334789
Código de Verificación	1038334789260804180558

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

[INICIO](#)[CONTÁCTENOS](#)[PREGUNTAS FRECUENTES](#)[LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:03:24 PM horas del 04/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1038334789**

Apellidos y Nombres: **VILLA RAMOS ERIKA TATIANA**

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.

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 18:25:23 horas del 04/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1038334789**, Apellidos y Nombres **VILLA RAMOS ERIKA TATIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, con NIT **890982264-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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, 04/08/2026 06:27:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1038334789** y Nombre: **ERIKA TATIANA VILLA RAMOS.**

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. **145226789** . 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 Búsqueda

 Imprimir



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 1038334789 **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 04/08/2026 06:40 PM



Código Verificación: **UVSL4FRJMX**

Válida hasta: **02/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

Certificación Bancaria

Martes, 04 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ERIKA TATIANA VILLA RAMOS identificado(a) con CC 1038334789, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	24016075104	2013-11-21	Activo	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospachoso@bancolombia.com.co

Redactar

1 de 116

Recibidos 24

Destacados

Pospuestos

Enviados

Borradores 1

Compras 4

Más

Etiquetas



Hola ERIKA TATIANA VILLA RAMOS

Has registrado tu trámite de ARL SURA **Reingreso/Retiro Independiente Voluntario** a través de nuestro sitio arlsura.com - Otros Trámites

Estos son los datos que ingresaste al momento de la solicitud:

Tipo de documento: CC

Número de documento: 1038334789

Nombre: ERIKA TATIANA VILLA RAMOS

Correo: tatyvr08@gmail.com

Tiempo de respuesta: 6 días hábiles

El código de radicado asignado es: **722207529978**

Responder

Reenviar

