Turbo,10 de agosto de 2026

Doctor
Jairo Machuca
Gerente ESE Hospital María Auxiliadora Chigorodó
E. S. D.

ASUNTO: Propuesta jurídica y económica para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO SUPERVISOR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COLABORADORES VOLUNTARIOS SEGÚN RESOLUCIÓN 2734 DE 2025 EMITIDA POR MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL EN EL DISTRITO DE TURBO .

Cordial saludo

Agradecido por la confianza depositada, y en respuesta a su invitación, me permito someter a su consideración la presente oferta de PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO SUPERVISOR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COLABORADORES VOLUNTARIOS SEGÚN RESOLUCIÓN 2734 DE 2025 EMITIDA POR MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL EN EL DISTRITO DE TURBO

La presente oferta está contenida en los siguientes términos:

I. OBJETO Y LIMITES DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

El Suscrito profesional de enfermería especialista en Epidemiologia presenta ante su despacho, propuesta cuya finalidad es la prestación de servicios profesionales como supervisor para la implementación de la estrategia de colaboradores voluntarios según resolución 2734 de 2025 emitida por ministerio de salud y protección social en el Distrito de Turbo.

II. OBLIGACIONES DEL PROPONENTE

Obligaciones administrativas

- Informe inicial acerca de la micro planificación del municipio.
- Informe consolidado de registro diario de pacientes por Colaborador voluntario.

- Consolidado trimestral del registro diario de insumos y medicamentos para el diagnóstico de la malaria de los ColVol.
- Informe de actividades de educación en salud (objetivo, población participante, metodología utilizada, estrategia pedagógica, tipo de presentación, pretest post test y registro fotográfico de ser posible).
- Informe de respuesta a brotes (si se presentan durante el mes).
- Consolidado de las visitas realizadas a los puntos de diagnóstico, que incluya los ColVol visitados.

Obligaciones técnicas

- Revisión del diligenciamiento de los formatos asignados: registro diario de pacientes, ficha de notificación 465 o formato dispuesto para tal fin y registro diario de insumos.
- Revisión de la técnica utilizada para la aplicación de la PDR (esta actividad solamente podrá ser evaluada por personal entrenado para este fin).
- Revisión del registro diario de insumos y de entradas y salidas de medicamentos.
- Revisión de materiales usados y de la organización de la caja con los insumos entregados.
- Inventario y reposición de materiales usados.
- Recolección y disposición de desechos (biológicos y cortopunzantes) según la ruta establecida por la ESE.
- Caracterización sociodemográfica y georreferenciación durante al menos una vista y, en la herramienta que disponga el MSPS para tal fin.
- Apoyar la realización de Sala Situacional de análisis de malaria, articulando actores del nivel municipal.
- Articular información del nivel local con el departamento para apoyar la toma oportuna de decisiones.

III. OBLIGACIONES DEL PROMITENTE CONTRATANTE

1. Pagar de forma oportuna y puntual de los honorarios que devenga el contratista.
2. Proporcionar la información necesaria para el apoyo en el proceso de contratación.
3. Hacer entrega al contratista del certificado de cumplimiento del objeto contratado en los términos pactados.
4. Expedir oportunamente los demás documentos que se requieran durante la ejecución y terminación del contrato.
5. Prestar de manera eficaz todos los medios necesarios por el contratista, para el buen desempeño de sus obligaciones.

IV. HONORARIOS PROFESIONALES Y FORMA DE PAGO

La contraprestación económica integral por los servicios de que trata la presente propuesta será la suma de 5 pagos de CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCIENTA MIL PESOS para un total de VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS CONCUENTA MIL (23.750.000), adicional 5 cuotas de SEISCIENTOS VEINTI CINCO MIL PESOS (625.000) para un total de TRES MILLONES CIENTO VEINTI CINCO MIL PESOS por concepto de gastos de traslado (3.125.000). **VALOR TOTAL DEL PRESENTE CONTRATO**. **(26.875.000)** para pagar en cinco cuotas de forma mensual al finalizar el primer mes del acta de inicio y al finalizar el quinto mes, previa presentación de la correspondiente de la cuenta de cobro con el informe de gestión ysoporte de pago de aportes al sistema general de seguridad social.

V. FORMALIDADES DEL FUTURO CONTRATO

El futuro contrato será de prestación de servicios profesionales y se realizará por escrito.

VI. EL FUTURO CONTRATO NO IMPLICA VINCULO LABORAL

El contrato se desarrollará de manera independiente, sin que medie subordinación o dependencia, atendiendo la labor que se desarrollará a través de este.

VII. DURACIÓN DEL FUTURO CONTRATO

La duración del futuro contrato será 10 meses a partir de la firma de acta de inicio según lo concertado entre las partes.

VIII. ATENCIÓN PROFESIONAL

Los servicios profesionales objeto de esta contratación serán atendidos directamente y bajo responsabilidad de los suscritos.

IX. DOMICILIO

Para todos los efectos el domicilio Urbanización Manglares, casa 55 Turbo – Antioquia. Celular 3215128991

Se firma a los dos (10) días del mes de agosto de 2026.



CIEZA ISABEL RAMOS MANCHEGO
C.C. 26.202.396 Montería - Córdoba

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.202.396**

RAMOS MANCHEGO
APELLIDOS

CIEZA ISABEL
NOMBRES



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-1984**

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-JUN-2002 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00559855-F-0026202396-20140402 0037809812A 1 7462806355

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RAMOS	MANCHEGO	CIEZA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 26202396	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES 04 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO MONTERÍA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1 null null Manzana F Lote 17 Urbanizacion Mandala

PAÍS COLOMBIA DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO MONTERÍA

TELÉFONO 7816545 EMAIL cramosmanchego@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	11	2016	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2007	23358/08

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

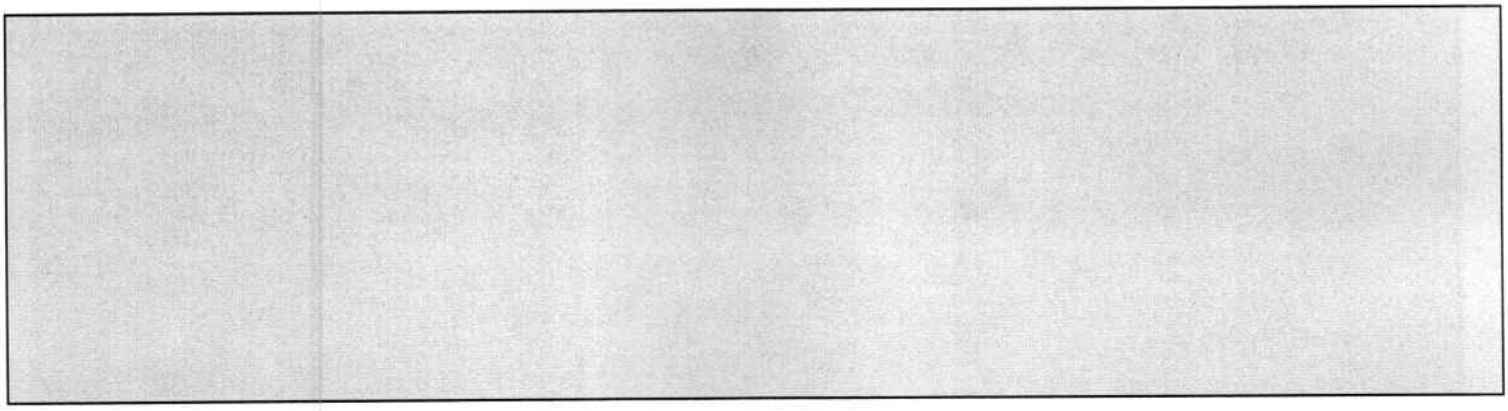
INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6048253648	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL # CONTRATO 6622 - 2015	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TURBO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 48272088	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	03	*Mes*	04	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PROGRAMA SOCIAL	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 104 1 null CALLE PRINCIPAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TURBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 48272088	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIA	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 104 1 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN VICENTE DE PAUL - CALDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6043204270	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 80 33A 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TURBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 48272088	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR PROGRAM ESPECIALES	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 104 2 5					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAICEDO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAICEDO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8572127	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* APS-SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 5 4 1 FRENTE AL PARQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN VICENTE DE PAUL - CALDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CALDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 324070	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA MATERNIDAD SEGURA						*DIRECCIÓN* CARRERA 80 33A 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CORDOBA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3215128991	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL RFERENTE DEPARTAMENTAL	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE APARTADO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* APARTADÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8280457	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	05	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN ASEGURAMIENTO Y PAMEC	*DEPENDENCIA* AREA DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN VICENTE DE PAUL - CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CALDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3204270	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* DIRECCION SALUD COLECTIVA - SECRETARIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 80 33 48 MEDELLIN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CORDOBA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTRATOS DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 10 25 105 CENTRO COMERCIAL SURICENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE APARTADO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* APARTADÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8280457	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN ASEGURAMIENTO Y PAMEC	*DEPENDENCIA* AREA DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE						*DIRECCIÓN*					

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 VICENTE DE PAUL - CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CALDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3204270	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* DIRECCION SALUD COLECTIVA - SECRETARIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 80 33A 45 MEDELLIN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE APARTADO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* APARTADÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8280457	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE ASEGURAMIENTO Y SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 100 null null N° 103A -02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO VALDERRAMA DE TURBO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TURBO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4302264	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* VGILANCIA EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 1 null null CALLE PRINCIPAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE APARTADO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* APARTADÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3215128991	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	09	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 100N 103 ? 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION BALBOA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CALDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3204270	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* DESARROLLO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 80N null null NUMERO 33A - 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ACUMULATIVO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAREPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3215128991	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 67N 53 null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -ITAGUI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4482224	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 51 null null NUMERO 45 -41					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7911717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	05	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE ENFERMERIA SUPERIOR	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNION TEMPORAL SALUD SEXUAL 2018			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015756089	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	08	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 22 12 34 BARRIO COSTA DE ORO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7911717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE ENFERMERIA SUPERIOR	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7911717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*	08	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE ENFERMERIA SUPERIOR	*DEPENDENCIA* CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SIPEC SERVICIOS INTEGRALES Y PROMOCION DE NUEVOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES COMUNITARIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145062026	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 8N 27 06					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VIDASINU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7848910	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 22B null null NUMERO 4W -33					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7811717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PISANDO FUERTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145060317	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	04	*Año*	2018	*Día*	18	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* AREA SALUD. AREA SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 16B · 26 -27 B/Costa de Oro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7811717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	03	*Año*	2018	*Día*	12	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE ENFERMERIA SUPERIOR	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7811711	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	18	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE ENFERMERIA SUPERIOR	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7815229	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	21	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'COORDINADOR DE CAMPO	*DEPENDENCIA* ENFERMERA JEFE						*DIRECCIÓN* CALLE 24 6 18 BARRIO COSTA DE ORO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7911717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	14	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 31 3 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CLINICA DEL RIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7819410	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	04	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL EENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERA JEFE						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 12 8 FRENTE AL RIO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PISANDO FUERTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145060317	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	07	*Mes*	11	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PROYECTOS	*DEPENDENCIA* AREA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLSUBSIDIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 577834451	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2011	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1050 INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 24 null null CRA 4 - CIRCUNVALAR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VISION DIVINA DEL MAÑANA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205514499	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	06	*Año*	2010	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER EQUIPO LACTANCIA MATERNA	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 2 SUR 35 null BARRIO UNICOR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION EDUCATIVA DE SISTEMAS DE CORDOBA CESCOR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2007	*Día*	02	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AREA MATERNO INFANTIL	*DEPENDENCIA* CLINICA - DOCENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 21 A null null CARRERA 2					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CENTRAL 0HL LTDA.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7823376	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	06	*Año*	2009	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ENFERMERA JEFE						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 30 36					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDEC FUNDACION EDUCATIVA DE CORDOBA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* PLANETA RICA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2397 DOCENTE	*DEPENDENCIA* AREA DOCENTE						*DIRECCIÓN* CALLE 15A null null edificio parroquial piso 2					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION TECNOLOGICA DE CORDOBA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7817444	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	02	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE MATERNO PERINATAL	*DEPENDENCIA* ACADEMICA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 29 26 FRENTE AL PARQUE SIMON BOLIVAR					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

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*

Municipio de Chigorodó
Departamento de Antioquia

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE CHIGORODO
Nit: 890.980.998
PAZ Y SALVO MUNICIPAL

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO N° 1540

EL DIRECTOR FINANCIERO - TESORERO DE RENTAS

CERTIFICA:

Que el Señor(a): **CIEZA ISABEL RAMOS MANCHEGO**

Identificado(a) con CC No. **26202396**

Actualmente aparece a paz y salvo por impuestos, tasas y contribuciones con el Municipio de Chigorodó.

Este documento es valido hasta el: jueves, 10 de septiembre de 2026.

Fecha de expedición: lunes, 10 de agosto de 2026, Chigorodó – Antioquia.

Jose Herney Gonzalez Ardila
Director Financiero - Tesorero de Rentas

NOTA: Los funcionarios que expiden este Certificado son responsables de las suman que adeuden los respectivos interesados, sin perjuicio de la sanción por delito en que incurren de conformidad con las disposiciones del Código Penal.

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

C.C. 26 551 396

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Turbo - 1 febrero de 2026-

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 10 de agosto de 2026, a las 12:06:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	26202396
Código de Verificación	26202396260810120611

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300920100

PIB
12:08:25

Bogotá DC, 10 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) CIEZA ISABEL RAMOS MANCHEGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 26202396:

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 garantia. **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 Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:10:43 PM horas del 10/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **26202396**

Apellidos y Nombres: **RAMOS MANCHEGO CIEZA ISABEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/08/2026 12:12:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **26202396** y Nombre: **CIEZA ISABEL RAMOS MANCHEGO.**

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. **145486828** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:22:39 horas del 10/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **26202396,** Apellidos y Nombres **RAMOS MANCHEGO CIEZA ISABEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Maria Auxiliadora**, con NIT **890980997-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Actividad económica:
Talla (mts): 1.74 Peso (kg): 84.0 IMC: 28,7 Grupo Sanguíneo: A +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00150283 Fecha apertura: 20251206 09:19:10
Fecha cierre: 20261206 10:23:32
Realizado en: Montería- Córdoba

Cargo u Oficio: ENFERMERA
EPIDEMIOLOGO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo con la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Inducción.
Asistir a controles médicos programados.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio físico 40 minutos de intensidad moderada diarios.

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo con los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Firma del médico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE

Especialidad: Médico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 26202396

La IPS PEÑA ASESORES SALUD OCUPACIONAL SAS, cumple con los protocolos de bioseguridad, ajustándose a la resolución 666 de 2020 para la atención de nuestros usuarios. Las cuales consisten en el uso obligatorio de tapabocas para todos los asistentes a la IPS, aplicar la encuesta epidemiológica de covid-19, desinfección de calzado, toma de temperatura, lavado de mano y pulso (oximetro) de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 26202396 **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 10/08/2026 12:24 PM

Código Verificación: **RKWFXE63BU**

Válida hasta: **08/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CIEZA ISABEL RAMOS MANCHEGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **26202396,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de agosto de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Nina Patricia
Apellidos: Rivera Hernandez
Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No 52023946
Fecha de Nacimiento: Día 24 Mes 09 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	04 06 08		H. Sec. Salud
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	03.07.08		Enf. Pamela
	2	08-11-04		
	3	11.03.05		
	4	25.04.09		
	5	10.06.09	E27402.C	B. Navarro
Contra Hepatitis B	1	20.07.06		
	2	03.01.09		
	3	10.06.09	UUx6025	B. Navarro

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	04.04.08	07-06-17 16947C292		Enf. Pamela Angela Fabricio
Contra Influenza	24.04.09	92814 02-06-11 PBA53		Enf. Pamela Angela Fabricio
Otras				
AH1N1	23.04.10			C. Salud.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	26202398
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CIEZA ISABEL RAMOS MANCHEGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 77 5-137 SAN FRANCISCO	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		46018859	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Año AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	Año AÑO	2026
DÍAS DE MORA		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2026/07/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				0007591753

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 537.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 537.600	$ 0	$ 537.600
SUBTOTALES										$ 537.600	$ 0	$ 537.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 420.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.000	$ 0	$ 0	$ 420.000
SUBTOTALES													$ 420.000	$ 0	$ 0	$ 420.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0		$ 0	$ 81.900	$ 81.900	$ 0	$ 0	$ 81.900
SUBTOTALES				$ 0		$ 0		$ 81.900	$ 0	$ 0	$ 81.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	VSP	IGE	IRL	LMA	SLN	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	IRL	LMA	AVP	VCT	VSP		PENSIÓN						SALUD						ARP																											
																													FSP																												
	CC 26202398	RAMOS MANCHEGO CIEZA ISABEL	INDEPENDIENTE QUE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.360.000			NO																					ADMIN	SGP	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	COTIZANTE	SALDO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SGP	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	SGP	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																												25-14 COLPENSIONES		$ 3.360.000	$ 537.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 537.600	EPS002-SALUD TOTAL		$ 3.360.000	$ 420.000	$ 0	$ 420.000	14-25-COLMENA		$ 3.360.000	$ 2620239	$ 81.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.039.500

Planilla Pagada