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
Ramirez	Carvajal	German Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1098796564	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 04 AÑO 1997	CARRERA 8 61 132			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	BUCARAMANGA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA	TELÉFONO	3012148233	EMAIL	german.ramirez01@ustabuca.edu.

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	11	AÑO	2014
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	11	2025	1098796564
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN LABORATORIO DENTAL	11	2022	1098796564

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*
INGLÉS		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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				

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*				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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 Bucaramanga

German A Ramirez C.

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.

Bucaramanga 7 Septiembre

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-04 11:40

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GERMAN	ANDRES	RAMIREZ	CARVAJAL

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1098796564

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA 1

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.
Dirección	["Avenida El Dorado Carrera 52 CAN"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL

C.C. - No. 1098796564

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de veinte (20) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (02) días del mes de septiembre del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL

C.C. - No. 1098796564

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD
EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (02) días del mes de septiembre del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL

C.C. - No. 1098796564

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (02) días del mes de septiembre del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, German Andres Ramirez Carvajal.

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1098796564. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Santander.	Bucaramanga.

Dirección	Teléfonos
Cra 8 #61-132 porque San Remo 4 casa 55.	3012148233

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Clara Ines Carvajal Carvajal	63311864.	madre
Jorge Enrique Ramirez Monsalve	5645562	padre.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	30,000.000 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 30,000.000 -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia.	Ahorros	78000037817	Real de minas	100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Local comercial	Calle 15 # 22 -30 matricula inmobiliaria: 300-295503	243.363.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Comultrasan	Prestamo hipotecario	35.221.064.
Icetex	Credito estudiantil	30.483.096

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** X 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

German A Ramirez C.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bucaramanga septiembre 2026.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Miércoles, 02 de septiembre de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL**, identificado con CC. **1.098.796.564**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78000037817	2026/09/02	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

Línea de Atención al Cliente: Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 05 05, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.098.796.564**

RAMIREZ CARVAJAL

APELLIDOS

GERMAN ANDRES

NOMBRES

German A Ramirez C.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-1997**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-ABR-2015 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2700100-00848751-M-1098796564-20160914 **0051**13253A 1 6864028896

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ESCANEE EL CÓDIGO PARA VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO

Salud

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS



Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud

German Andrés Ramirez Carvajal

Odontólogo

CC 1098796564

Universidad Santo Tomas
Bucaramanga

Diploma: 20/03/2026
ReTHUS: 05/08/2026

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

ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

Si esta tarjeta es encontrada, por favor informar al *Colegio Colombiano de Odontólogos: contacto@colegiodeodontologos.org*

Salud

Duván Franco Mendoza
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontólogos

CARRERA 7 # 127 – 48, OFICINA 304 BOGOTÁ D.C.
WWW.COLEGIODEODONTOLOGOS.ORG
CONTACTO@COLEGIODEODONTOLOGOS.ORG
(+57) 601 805 7146

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

La República de Colombia

y en su nombre el

Gimnasio Cristo Rey

Bucaramanga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 12889 del 24 de diciembre de 2001,

Confiere a

Germán Andrés Ramírez Carvajal

Identificado(a) con T. I. No. 970410-13927 Expedida en Bucaramanga

El Título de

Bachiller Académico

con Profundización en Humanidades

Por haber culminado el nivel de Educación Media Académica y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Directora,

Secretaria,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 02 Folio No. 13 Diploma No. 405

Dado en Bucaramanga, a 29 de Noviembre del año 2014

EL SUSCRITO NOTARIO CERTIFICA
Que la presente fotocopia coincide con el original que he tenido a la vista
AUTENTICACION DE COPIA DE ORIGINAL
REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA
14 DIC 2014
Powered by CamScanner

GIMNASIO CRISTO REY

BUCARAMANGA - SANTANDER

DANE
368001004481

Resolución
300

Jornada
DIURNA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bucaramanga, a los 29 días del mes de Noviembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Directora y Secretaria en la Dirección del **GIMNASIO CRISTO REY**, Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento de Santander, para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 12889 del 24 de diciembre de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media **ACADÉMICA**, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO
CON PROFUNDIZACIÓN EN HUMANIDADES

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

RAMÍREZ CARVAJAL GERMÁN ANDRÉS
970410-13927 de Bucaramanga

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 26 de fecha 29 de Noviembre de 2014, que consta de 10 estudiantes graduandos, que inicia con el nombre de CHAPARRO SILVA KATHERIN PAOLA y cierra con el nombre de TORRES YERIS ANDREA.
Firmada y sellada por MARIBET PINILLA JIMÉNEZ (Directora) y MARLENE RODRÍGUEZ PÉREZ (Secretaria).

Dada en Bucaramanga, a los 29 días del mes de Noviembre del año 2014.

Directora

Secretaria
C.C. No. 63.306.973 DE BUCARAMANGA

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA CINCUENTA Y UNO (51) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
DE BUCARAMANGA
AUTENTICACION DE COPIA
AL ORIGINAL
EL SUSCRITO NOTARIO CERTIFICA
Que la presente fotocopia coincide
con el original que he tenido a la vista

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA ONCE DEL CIRCULO
DE BUCARAMANGA

14 DIC 2014

Notaría Doce
Bucaramanga
DPTO. DE SANTANDER

Scanned with CamScanner

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

German Andres Ramirez Carvajal

C.C. 1098796564 de Bucaramanga

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Odontólogo

En constancia se firma y sella en Bucaramanga

el 20 de marzo de 2026

El Rector General

El Rector Seccional

El Decano de Facultad

El Secretario General

Registro interno No. 536.941.20-03-2026

Folio 14 Libro 19

Personería Jurídica Resolución No. 3645 del 06 de agosto de 1965

Universidad Santo Tomás

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ACTA DE GRADO 941

En la ciudad de Bucaramanga, el 20 de marzo de 2026, la Universidad Santo Tomás, con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Rectoría Seccional de Fray Mauricio Antonio Cortés Gallego, O.P., y como Secretario General el Doctor Juan Pablo Leal Rico, se llevó a cabo el acto de graduación, con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes a grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de:

ODONTÓLOGO

Código SNIES 1097

a: GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL

C.C. 1098796564 de Bucaramanga

Quien emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución y las leyes de la República de Colombia, poner todo empeño en el desarrollo del País y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas de justicia social y dignificación de la persona humana y llevar siempre en alto el nombre y los principios de la Universidad Santo Tomás. Seguidamente el Presidente de la ceremonia de graduación procedió a la entrega del Diploma que le acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. Juan Pablo Leal Rico

Es fiel copia tomada del original que se lleva en los archivos de la Secretaría General en la Seccional Bucaramanga. Se expide en la ciudad de Bucaramanga, el 20 de marzo de 2026.

El Secretario General,

JUAN PABLO LEAL RICO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS
MILITARES EJERCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA

Bucaramanga 09 **de** Septiembre **del 2026**

Señor
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG

Asunto: entrega del ESP.

A través de la presente yo, German Andres Ramirez Carvajal con cedula de ciudadanía N°: 1098796564 de Bga. hago entrega de los formatos diligenciados del ESP.

ENTREGA:
German Andres Ramirez Carvajal.
Cc: 1098796564 Bga.

RECIBE:
SV Guzman (E)
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG
C.C.

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 02:01:36 PM horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1098796564**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ CARVAJAL GERMAN ANDRES**

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 valida 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.

Volver al Inicio

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. 30852 (Bogotá)
Resto del país: 018000 91 0 112
E-mail: opinatencionpqrs@policia.gov.co

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 martes 01 de septiembre de 2026, a las 20:09:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098796564
Código de Verificación	109879656426090120095 8

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. 302211184

PIB
20:26:14

Bogotá DC, 01 de septiembre 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) GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098796564:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por: CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente: 1098796564

Fecha Expedición: 23/04/2015

Nueva Busqueda | Validar Policía

Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf) | Imprimir

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/09/2026 04:07:46 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1098796564 de Nombre: RAMIREZ CARVAJAL GERMAN ANDRES**

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	Representante	Fecha	Departamento	Mu
02	1098796564	RAMIREZ CARVAJAL GERMAN ANDRES			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	2024-10-27 00:15:54	SANTANDER	BUCAI

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

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 identificacion corresponda con el documento de identidad suministrado.

Advertencias:

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relaciona con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución www.policia.gov.co, mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
   - Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
   - Ser nombrado o ascendido en cargo público.

- Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
- Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
- Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.

5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

Detalle Comportamiento Contrario a la Convivencia

Número de Expediente: 68-001-6-2024-33340

Artículo: Art. 35 Comportamientos que afectan las relaciones entre las personas y las autoridades

Numeral: Num. 2 Incumplir, desacatar, desconocer e impedir la función o la orden de policía

Literal: No aplica

Apelación: SI

Localidad: C-7 CIUDADELA REAL DE MINAS

Relato Hechos: El día de hoy 27 de octubre del 2024 mientras me encontraba realizando labores de vigilancia control Sobre la avenida samanes nota la presencia de dos individuos Quiénes se encontraban consumiendo bebidas embriagantes en inmediaciones de las unidades tecnológicas de Santander frente a las escaleras del cacareo sumado a eso uno de ellos se encontraba consumiendo sustancias alucinógenas que por su olor color y características se asemejan a la marihuana en este caso el infractor Quién viste pantalón Jean azul camiseta tipo polo roja gorra roja zapatos tenis blancos A quién se le practica registro a persona es sorprendida consumiendo ingiriendo bebidas embriagantes violando lo establecido en el decreto 007 de enero del 2024 emanado por parte de la alcaldía municipal de bucaramanga dónde Establece que está prohibido el consumo tanto de viaje embriagantes como sustancial o sinógenas a menos de 70 metros de establecimientos educativos Por lo cual se encuentra desacatando la orden de policía emanada por el alcalde municipal de bucaramanga motivo por el cual se procede a realizar la presente orden de comparendo..

Descargos:

Medidas Correctivas

Medida	Atribucion	Remitido a:	Direccion:	Estado
Multa General Tipo 4	INSPECTOR DE POLICÍA	INSPECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA VIDA	cra 20 70-55 barrio nueva granada bucaramanga	MEDIDA RATIFICADA
Participación en programa comunitario o actividad pedagógica de convivencia	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI, PERSONAL UNIFORMADO PONAL	CAI REAL DE MINAS	Carrera 3 Con Calle 61 Barrio Ciudad Bolívar	MEDIDA NO IMPUESTA
Amonestación	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI, PERSONAL UNIFORMADO PONAL	CAI BACHUE ENGATIVA		MEDIDA CERRADA

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112
GOV.CO

- Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
- Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
- Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.

5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

Detalle Comportamiento Contrario a la Convivencia

Número de Expediente: 68-001-6-2024-33340

Artículo: Art. 35 Comportamientos que afectan las relaciones entre las personas y las autoridades

Numeral: Num. 2 Incumplir, desacatar, desconocer e impedir la función o la orden de policía

Literal: No aplica

Apelación: SI

Localidad: C-7 CIUDADELA REAL DE MINAS

Relato Hechos: El día de hoy 27 de octubre del 2024 mientras me encontraba realizando labores de vigilancia control Sobre la avenida samanes nota la presencia de dos individuos Quiénes se encontraban consumiendo bebidas embriagantes en inmediaciones de las unidades tecnológicas de Santander frente a las escaleras del cacareo sumado a eso uno de ellos se encontraba consumiendo sustancias alucinógenas que por su olor color y características se asemejan a la marihuana en este caso el infractor Quién viste pantalón Jean azul camiseta tipo polo roja gorra roja zapatos tenis blancos A quién se le practica registro a persona es sorprendida consumiendo ingiriendo bebidas embriagantes violando lo establecido en el decreto 007 de enero del 2024 emanado por parte de la alcaldía municipal de bucaramanga dónde Establece que está prohibido el consumo tanto de viaje embriagantes como sustancial o sinógenas a menos de 70 metros de establecimientos educativos Por lo cual se encuentra desacatando la orden de policía emanada por el alcalde municipal de bucaramanga motivo por el cual se procede a realizar la presente orden de comparendo..

Descargos:

Medidas Correctivas

Medida	Atribucion	Remitido a:	Direccion:	Estado
Multa General Tipo 4	INSPECTOR DE POLICÍA	INSPECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA VIDA	cra 20 70-55 barrio nueva granada bucaramanga	MEDIDA RATIFICADA
Participación en programa comunitario o actividad pedagógica de convivencia	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI, PERSONAL UNIFORMADO PONAL	CAI REAL DE MINAS	Carrera 3 Con Calle 61 Barrio Ciudad Bolívar	MEDIDA NO IMPUESTA
Amonestación	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI, PERSONAL UNIFORMADO PONAL	CAI BACHUE ENGATIVA		MEDIDA CERRADA

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141273225202

(415)7707212489984(8020) 000014127322520 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 7 9 6 5 6 4	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 7 9 6 5 6 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	CARVAJAL	GERMAN	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 61 132 CA 55 CON SAN REMO 1

42. Correo electrónico: dr.germana.ramirezc@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 7 6 7 1 0 8 5 2	3 0 1 2 1 4 8 2 3 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 2 6 0 4 1 0	3 2 5 0	2 0 2 3 0 3 3 0					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-08-30 / 08:19:07PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ CARVAJAL GERMAN ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141273225202

(415)7707212489984(8020) 000014127322520 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1098796564	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	09	
72. Número		
73. Fecha	20170130	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	03	
76. Fecha de registro	20170130	
77. No. Matrícula mercantil	00003654453	
78. Departamento	68	
79. Ciudad/Municipio	001	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-08-2026 08:18:55PM

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	Dr(a)
Nombre	Andrés alemán
Apellidos	Ramírez Carvajal
Fecha de Nacimiento	04/10/1997 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)
Género	Hombre
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Si ◉ No
Nombre y apellido	Alemán Andrés Ramírez Carvajal
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1098796564
Dirección	Cra. 8 # 61-132
Código postal	680001
Estrato	4
Ubicación	Bucaramanga
País	COLOMBIA
Correo electrónico	dr.germana.ramirezc@gmail.com
Teléfono	
Celular	3012148233

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	rosalba
SMS para recuperar la contraseña	3012148233

Editar

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1098796564	GERMAN	ANDRES	RAMIREZ	CARVAJAL	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Contributivo	01/04/2021	Activo	COTIZANTE	BUCARAMANGA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2017-07-27	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

CERTIFICA

El(La) Señor(a) GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL identificado(a) con CC 1098796564 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**25/01/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**FORPRESALUD I.P.S. S.A.S-NUEVA IPS-BUCARAMANGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de septiembre del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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:

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.796.564**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre 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.

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
		Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
		Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 04/09/2026 Acta No. 156

ESM: Dispensario medico de Bucaramanga

Sección: Odontologia

Tipo Vinculación: Prestador de servicios

Cargo: Odontologo General.

Yo: German Andres Ramirez Carvajal Identificado(a) con C.c. 1098796564 de Bucaramanga. me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

German A Ramirez C.

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c. 1098796864 **De** Bucaramanga

SST

Firma Líder de SST del centro de trabajo del ESM DMBUG

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha
01/09/2026
Bucaramanga, Santander.



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Actividad E.:**	
Nombre:	GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL	**Fecha de Nac.:**	10/04/1997 **Edad :** 29 **Genero:** MASCULINO
Doc.:	C.C. 1098796564	**Escolaridad:**	PREGRADO **Cargo:** ODONTOLOGO GENERAL
Departamento:	SANTANDER **Municipio:** BUCARAMANGA	**Estado Civil:**	SOLTERO **IMC:** 21.80 **RH:** A-
ARL:	NO REFIERE	**Teléfono:**	3012148233 **Dirección:** CRA 8 N 61 N 132
EPS:	NUEVA E.P.S.	**AFP:**	COLPENSIONES

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	01/09/2026	Normal	
AUDIOMETRÍA	01/09/2026	Normal	
VISIOMETRIA	01/09/2026	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene postural
Uso de elementos de protección personal
Adecuado manejo de cargas
Pausas activas según protocolo de la empresa
Dieta, ejercicio y estilo de vida saludable

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: SE RECOMIENDA HACER USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA AL MOMENTO DE ESTAR EXPUESTO A AMBIENTES RUIDOSOS.

OBSERVACIONES FINALES

Trabajador de 29 años de edad. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Segunda Dosis

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL
(1098796564)

Yeny martinez R
Médica Laboral
Reg 9545 GHE

YENY MARTINEZ
Médico Especialista
Lic SST 9545 / 40185634

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **L0H8JH6M6A0001643183**

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

ANEXO OSTEOMUSCULAR

Fecha
01/09/2026
Bucaramanga, Santander.



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa :	INDEPENDIENTE	**Actividad E.:**	
Nombre:	GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL	**Fecha de Nac.:**	10/04/1997 **Edad.:** 29 **Genero:** MASCULINO
Doc.:	C.C. 1098796564	**Escolaridad:**	PREGRADO **Cargo:** ODONTOLOGO GENERAL
Municipio:	BUCARAMANGA	**Estado Civil:**	SOLTERO **IMC:** 21.80 **RH:** A-
ARL:	NO REFIERE	**Teléfono:**	3012148233 **Dirección:** CRA 8 N 61 N 132
EPS:	NUEVA E.P.S.	**AFP:**	COLPENSIONES

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Higiene postural
Uso de elementos de protección personal
Adecuado manejo de cargas
Pausas activas según protocolo de la empresa
Dieta, ejercicio y estilo de vida saludable

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: SE RECOMIENDA HACER USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA AL MOMENTO DE ESTAR EXPUESTO A AMBIENTES RUIDOSOS.

Restricción

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: N/A

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

German A R

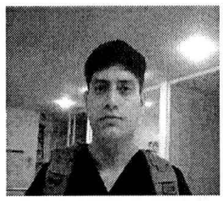
Yeny martinez R
Médica Laboral
Res/ 9545 GRE

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL
(1098796564)

YENY MARTINEZ
Médico Especialista
Lic SST 9545 / 40185634

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **L0H8JH6M6A0001643183**

Fecha
01/09/2026
Bucaramanga, Santander.



OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	10/04/1997
Nombre:	GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL	**Edad.:**	29
Documento:	C.C. 1098796564	**Actividad Economica:**	
Estado Civil:	SOLTERO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CRA 8 N 61 N 132	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Escolaridad:	PREGRADO	**Cargo:**	ODONTOLOGO GENERAL
Teléfono:	3012148233	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE

Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades; 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS -COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y /o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: N/A

RECOMENDACIONES

Higiene postural
Uso de elementos de protección personal
Adecuado manejo de cargas
Pausas activas según protocolo de la empresa
Dieta, ejercicio y estilo de vida saludable

Optometría: N/A
Fonoaudilogía: SE RECOMIENDA HACER USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA AL MOMENTO DE ESTAR EXPUESTO A AMBIENTES RUIDOSOS.

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

Datos del Médico:	Responsable del SG-SST/TH :	Recibido por el trabajador o aspirante
		
YENY MARTINEZ Médico Especialista Lic SST 9545 / 40185634	Documento:_____ Nombre: _____ Fecha: _____	Documento:_____ Nombre: _____ Fecha: _____

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **L0H8JH6M6A0001643183**

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

Fecha de recepción
01/09/2026
Bucaramanga, Santander.



NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
VISIOMETRIA

Empresa:	INDEPENDIENTE		
Nombre y Apellido:	GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL		
C.C.:	1098796564	**Fecha de Nac.:**	10/04/1997
Edad.:	29	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CRA 8 N 61 N 132		
Estado Civil:	SOLTERO	**Departamento:**	SANTANDER
Municipio:	BUCARAMANGA	**Teléfono:**	3012148233
Escolaridad:	PREGRADO	**Cargo:**	ODONTOLOGO GENERA
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLPENSIONES	**Actividad E.:**	

Antecedentes ocupacionales Si [ ] No [X]

Personales	Si	No		Si	No	**Oculares**	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial		X	Cefalea		X	Cirugía Ocular		X	Renitopatía		X
Diabetes		X	Trauma craneoencefálico		X	Queratocono		X	Desprendimiento retina		X
Hipoglicemia		X	Otros:			Glaucoma		X	Ambliopía		X
Toxoplasmosis		X				Catarata		X	Estrabismo		X

Signos y sintomas

NO REFIERE SINTOMAS VISUALES

Usa corrección óptica: Si [ ] No [X]

Tipo:

Agudeza visual	Sin corrección		Con corrección		**Estado y motor cromático**		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos: ORTHO	Cerca: ORTHO
Ojo Derecho:	20/20	20/20	20/0	20/0	Oftalmoscopía	OD: MEDIOS	OI: MEDIOS
Ojo Izquierdo:	20/20	20/20	20/0	20/0	Vision Cromática	TEST DE ISHIHARA: IDENTIFICA TODAS LAS LÁMINAS -	

Éxamen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	No presenta
Inyeccion conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	No presenta	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

Aparentemente sano	No presenta	Emetropía	Ambos Ojos	Defecto refractivo	No presenta
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

Interpretación		**Interpretación**	
Requiere utilizar corrección óptica	[ ]	Valoración por Optometría	[ ]
No requiere corrección óptica	[X]	Control en un año	[X]
Problema de refraccion no corregido	[ ]	Control en seis meses	[ ]
Problema de refracción corregido	[ ]	No requiere corrección óptica	[X]
Problema de refracción inadecuadamente corregido	[ ]	Ejercicio regular 5 veces a la semana	[X]
Otras:	[ ]		

Observaciones

Resultado **Restricciones**

Normal

German A R

Dra. Yulied Triana N.
Optómetra - USTA
Rethus : 1098774818

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL
(1098796564)

YULIED KATERINE TRIANA NIÑO

- El trabajador recibio orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluacion de salud.

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

NIT 900454102-6

Código de verificación
L0H8JH6M6A0001643165
Validar en:https://www.ocupasalud.com

CERTIFICADO FONOAUDIOLOGIA

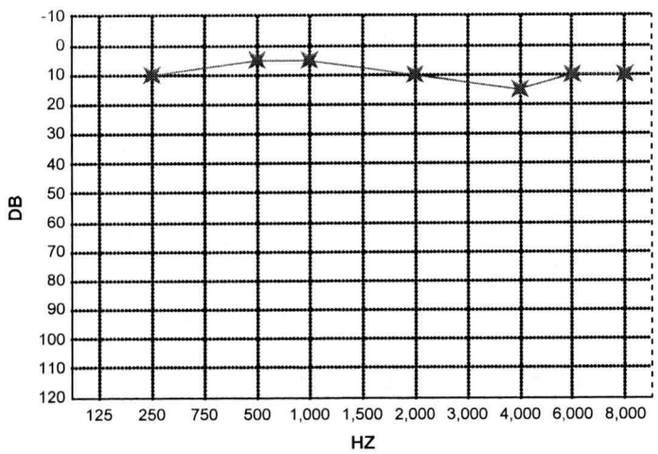
Fecha
01/09/2026
Bucaramanga, Santander.



INFORMACIÓN BÁSICA

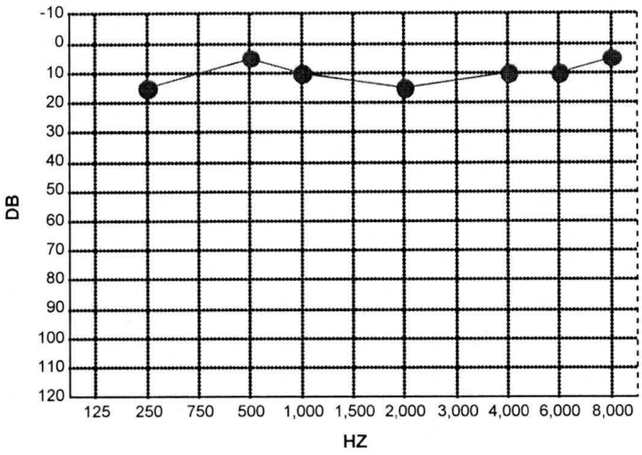
Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	10/04/1997	**Edad.:**	29
Nombre:	GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL	**Documento:**	C.C. 1098796564	**Escolaridad:**	PREGRADO
Cargo:	ODONTOLOGO GENERAL	**Actividad Economica:**	NULL	**Genero:**	MASCULINO
Estado Civil:	SOLTERO	**Dirección:**	CRA 8 N 61 N 132		
Municipio:	BUCARAMANGA	**Teléfono:**	3012148233	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE		

OIDO IZQUIERDO



PTA OIDO IZQUIERDO
6.67

OIDO DERECHO



PTA OIDO DERECHO
10.00

Otoscopia: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPANICA INTEGROS A NIVEL BILATERAL.

Diagnostico: AUDICIÓN EN PARAMETROS DE NORMALIDAD A NIVEL BILATERAL.

Observaciones: N/A

GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL
(1098796564)

Mayra Quirife Ch.
UMB- Fonoaudióloga
T.P. 140718

MAYRA QUIRIFE
Fonoaudióloga
TP 140718 C.C. 68293109

GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE
REPÚBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA DE SALUD
SALUD Y AMBITO LABORAL
NIT: 800.103.196-1

RESOLUCIÓN No. 95 45

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA LICENCIA PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 de 28 de diciembre de 2012 de Ministerio de Salud y Protección Social y

CONSIDERANDO

Que **YENY ROCIO MARTINEZ RODRIGUEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 40.185.634 expedida en Villavicencio - Meta, MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, egresada de la Corporación Universitaria del Área Andina, solicitó ante esta Secretaría de Salud, Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual allegó la documentación exigida por la norma.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, se considera procedente la expedición de la Licencia solicitada.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder Licencia para PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO a **YENY ROCIO MARTINEZ RODRIGUEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 40.185.634 expedida en Villavicencio - Meta, MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTÍCULO SEGUNDO: La Licencia otorgada comprende la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en las siguientes áreas o campo de acción:

- Medicina Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Investigación en Área Técnica.
- Investigación del Accidente de Trabajo, de acuerdo con su competencia según formación académica.
- Educación.
- Capacitación.
- Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Continuación de Resolución número 95 45 *de 2019, por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.*

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el Territorio Nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTÍCULO CUARTO: Cuando la titular de la Licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Secretaría Seccional de Salud a fin de proceder a modificar la Resolución por la cual se otorgó la Licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTÍCULO QUINTO: La titular de la Licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a **YENY ROCIO MARTINEZ RODRIGUEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 40.185.634 expedida en Villavicencio - Meta, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de procedimiento administrativo y de lo Contencioso Administrativo (ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría de Salud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este Acto Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José del Guaviare, a los 04 MAR 2019

NANCY XIMENA RAMOS PULIDO
Secretaria Departamental de Salud
Proyectó: Diana Patricia Alvarado Bueno- Profesional en Salud Ocupacional

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-109
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Ramirez Carvajal.	Nombres:		German Andres	
N° de Documento:	1098796564.	Edad:		29 años.	
Genero:	**Mujer**		**Hombre**	X	
Profesión u ocupación:	Odontologo General.	Número de contacto:		3012148233	
Correo electrónico:	dl.germand.ramirezc.2@gmail.com				

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC	X	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: Diligencie el nombre completo del establecimiento de sanidad: DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA.

Cargo al que aspira: Diligencie el cargo al que aspira: ODONTOLOGO GENERAL.

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?		
¿Validación contra el carné de vacunación?		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE **ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS***

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	05/09/2026
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	Si	25/07/2023.
			2da	Si	22/01/2025.
			3ra	Si	19/03/2025.
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema		
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra		
			2da		
			3ra		
			4ta		
			5ta		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra	Si	29/07/2023.
			2da	Si	22/01/2025
			3ra		19/03/2025
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	Si	2/09/2026.
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	Si	25/07/2023.
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	Si	24/06/2025
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola).	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	Si	2/09/2026.
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	Si	2/09/2026
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		2
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra	Si	2/09/2026
			1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:	Ninguna

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	X

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI		NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

D. Yuliet Fernanda Angel Mejia
ENFERMERA UCC
RUM 33534

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

SST

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

German A Ramirez C.

Firma del aspirante

Supervisor

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 216dd3f6-94bf-434f-a94e-553b249fbc5f

Nombres y apellidos / Full name: **GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 8 7 9 6 5 6 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/04/1997**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	09	04	2018		V50217017	ESE CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD	BLANCA MARLENY URIBE ORTIZ
COVID MODERNA	Primera	20	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	055D21A	GRUPO EXTRAMURAL CENTRO DE ACOPIO CLINICA GUANE	EUNICE NAVARRO RUGELES
COVID MODERNA	Segunda	04	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	FLORIDABLANCA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	SINDY JURLEY ESPARZA MARTINEZ
Fiebre Amarilla Particular	Única	25	07	2023		W3C412V	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	YULY TATIANA ACEVEDO RUEDA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	25	07	2023		0342Y008E	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	YULY TATIANA ACEVEDO RUEDA
TD Adulto Particular	Primera	25	07	2023		220800422C	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	YULY TATIANA ACEVEDO RUEDA
Influenza Adultos Particular	Anual	25	07	2023		X3A21V	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	YULY TATIANA ACEVEDO RUEDA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	22	01	2025		0343Q006C	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	MICHELL VALENTINA HERRERA ORTIZ - CC1097910241 - ACTIVO
TD Adulto Particular	Segunda	22	01	2025		220800224A	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	MICHELL VALENTINA HERRERA ORTIZ - CC1097910241 - ACTIVO
TD Adulto Particular	Tercera	19	03	2025		220800824B	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	MARLYN TATIANA CONDE GOMEZ - CC1005448994 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	19	03	2025		UFX24502	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	MARLYN TATIANA CONDE GOMEZ - CC1005448994 - ACTIVO
Varicela Particular	Primera	24	06	2025		Z002794	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	LENIS LEONOR PEREZ RODRIGUEZ - CC1216965922 - ACTIVO
Influenza Adultos Particular	Anual	31	07	2025		5DA18D1G	BUCARAMANGA CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR CAJASAN CIUDADELA	DIANA LIZETH LOPEZ BERMUDEZ
Triple Viral Particular	Primera	02	09	2026		A69CF939A	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	LENIS LEONOR PEREZ RODRIGUEZ - CC1216965922 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 216dd3f6-94bf-454f-a84e-555b249fbc5f

Nombres y apellidos / Full name: **GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 8 7 9 6 5 6 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/04/1997**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	02	09	2026		5CA07C3	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	LENIS LEONOR PEREZ RODRIGUEZ - CC1216965922 - ACTIVO
Influenza Adultos Particular	Anual	02	09	2026		6DA30D2	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	LENIS LEONOR PEREZ RODRIGUEZ - CC1216965922 - ACTIVO
Neumococo Polisacarido Particular	Primera	02	09	2026		Z013475	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER	LENIS LEONOR PEREZ RODRIGUEZ - CC1216965922 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



CARNÉ DE VACUNACIÓN

Vacunación - Consulta Médica - Laboratorio Clínico - Electrocardiograma - Citología

Cuando usted contrata nuestros servicios, apoya la misión humanitaria de la institución.

Calle 45 No. 9B - 10 Bucaramanga, Santander
Teléfono: (607) 633 00 00
Celular: 321 451 74 75

Calle 48 No. 22 - 141 - B. Colombia
Barrancabermeja - Santander
Celular: 310 776 31 02

Cruz Roja Colombiana
Seccional Santander

Nombre: German Andres Ramirez Carvajal

Identificación: 1098796569

Fecha de nacimiento: Día: 10 Mes: 04 Año: 1997

Teléfono: _____

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	FIRMA
Fiebre Amarilla	Única			
Fiebre Tifoidea	1			
	R			
Hepatitis A	1	05 SEP 2026	Y3J73DL	
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3	19-3-25	UFX24502	
	R			
Influenza	1	02/04/26	6003602	
	2			
	3			
Meningococo	1			
	2			
Neumococo 23	1	02/09/26	7d3475	
	R			
Neumococo 13	1			
	R			

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	FIRMA
Triple Viral MMR	REF.	02/09/26	A06C1CF93LA	
Toxoide Tetánico	1			
	2			
	3	19-3-25	22	
	4			
	5			
Varicela	1	24-6-25	2002744	
	2			
VPH	1			
	2			
	3			
DPT Acelular Tosferina	10 años	02/04/2026	SCA CAC3	
Antirrábica	1			
	2			
	3			
HA+HB	1			
	2			
	3			

Resultado General -2026-09-03--12:08:13 PM

CC	1098796564	GERMAN	ANDRES	RAMIREZ	CARVAJAL	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) GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL identificado(a) con CC 1098796564 registra La siguiente información:

2026-09-03--12:08:13 PM

Información Académica

UNV	**Local**	**ODONTOLOGIA**	**2026-08-05**	**30522**	**Colegio Colombiano de Odontologos**

Datos SSO

Exonerado del SSO	**Local**	**COLOMBIA|NO APLICA|**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Odontología**	**Colegio Colombiano de Odontologos**

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 profesion, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe:**GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL** mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1.098.796564 de Bucaramanga, actuando en nombre propio.
Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad Posgrado - Universidad	German Andres Ramirez Carvajal 1.098.796.564 Bucaramanga
Hace parte reserva activa	SI ☐ NO [X] Indique causal de retiro ☐ Solicitud propia ☐ Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. ☐ Por llamamiento a calificar servicios. ☐ Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. ☐ Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. ☐ Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. ☐ Por incapacidad profesional. ☐ Por retiro discrecional. ☐ Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

	Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: NO
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante Vigencia
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: Carrera 8 # 61- 132 barrio real de minas
Teléfono fijo - Teléfono celular	3012148233
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: Bancolombia Sucursal: REAL DE MINAS No. de Cuenta:78000037817 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: Tel. Celular: 3012148233
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	Dr.germana.ramirezc@gmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Tipo de contrato PRESTACION DE SERVICIOS Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado__
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA__ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA__

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

	El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	SOLTERO
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre Identificación Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI ☐ Especifique: NO ☐
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos Nombre Identificación
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO X

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI Especifique: NO X

Nombre Completo GERMAN ANDRES RAMIREZ CARVAJAL
Identificación: 1.098.796.564 Bucaramanga S/der

Firma:

German A Ramirez C.

DMBUG

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA O.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha Septiembre, 7. 2026.

YO: German Andres Ramirez Carvajal. , identificado-a con CC. 1098796564 de Bucaramanga Me presento de forma libre, espontanea para ser evaluado-a por el área de salud mental (psicología) del ESM DMBUG, para el proceso de selección de la vacante Odontologia. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas propias de la evaluación, autorizo al profesional de registrar la información requerida y emitir el concepto profesional de Salud Mental. Consiente de los principios de biótica y deontología, y en confidencialidad, privacidad y reserva de la información, los cuales se me han explicado suficientemente.
FIRMA Germán A Ramirez C. C.C. 1098796564

El objetivo de esta entrevista es realizar una Evaluación Psicológica para el proceso de selección (aptitud psicofísica), se realizara una entrevista al aspirante y se registran los resultados en el formato de entrevista, su resumen en formato de Formato Resultado Concepto de Evaluación Psicológica junto con los resultados de la prueba de personalidad que va anexo a la carpeta de documentos.

CIUDAD B/ga. FECHA EVALUACIÓN Sept. 7-26 UNIDAD: DMBUG.

APELLIDOS Y NOMBRES: Ramirez Carvajal German A.		**C.C.** 1098796564	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : B/ga 10/04/1997			
EDAD : 29	**ESTADO CIVIL:** Soltero	**ESCOLARIDAD:** Profesional	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 8 #61-132 Lca/de Minas		**TELÉFONO:** 3012148233	
ESTUDIOS REALIZADOS: PREGRADO UNIVERSIDAD/ AÑO EGRESO Santo Tomas. 2026 Odontologo.		**UNIDAD A LA QUE ASPIRA:** DMBUG.	
POST GRADO: TITULO:	**UNI:**	**AÑO EGRESO**	
ENTREVISTA : 1 VEZ X **2 O +**		**E-MAIL :**	

I. **DIMESION PERSONAL** (permita que el evaluado describa sus fortalezas y debilidades, áreas de ajuste, habilidades sociales, valores, liderazgo, proyecto de vida, afrontamiento, control emocional, energía, dinamismo, motivación, y manejo de situaciones críticas, control del estrés.)

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD/DESCRIPCION:

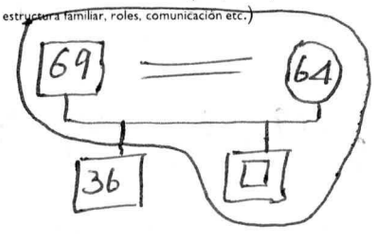
Alegre, Compañerista, Servicial, Trabajador, Responsable.

II. **DIMENSION FAMILIAR** (Describa la dinámica familiar, roles, procesos de comunicación, redes de apoyo, funcionamiento de su núcleo familiar.)

II A. DIMENSION AFECTIVA (Describa situación afectiva del evaluado, si tiene actualmente pareja, si su pareja (esposo-Novio apoya, descripción de relación, como se siente afectivamente.)

Vive con los padres, Buenos Niveles de comunicación y trato al igual q' con el hermano mayor.

FAMILIOGRAMA: (Dibuje el mapa de la estructura familiar, describa estructura familiar, roles, comunicación etc.)



Nombre de Personas con quien vive	Edad	Actividad / ocupación	Tipo de Relación
Jorge E. Ramirez M.	69	Contador y Abogado	Padre.
C/bra I. Carvajal C.	64	Estilista Profesional	Madre.

DISAN

CONFIDENCIAL

III. DIMENSION LABORAL (Solicite al evaluado información con su experiencia laboral,)
DESCRIPCION DE EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de Empresa	Cargo que ocupaba	Tiempo Laborado	Nombre Jefe Inmediato	Motivo de salida
Fosgal Sau 61. Particulas	Odontologo. 11	2 meses. 9 meses.	Dr. Jeison	Dism. Rotacional. Activo.

III A. Realice una descripción de su perfil profesional (el evaluado debe describir preparación técnica, profesión y preparación e impacto a nivel organizacional, labores, funciones que ha desempeñado):

Humanizado, Respetuoso, Claro en su diagnóstico.

IIIB. Describa fortalezas y Debilidades profesionales (Descripción de estos aspectos por parte del evaluado)

Fortalezas: Carismatico, Respetuoso, Servicial.
Debilidades: Ser muy hablo.

III C. Si el evaluado continua con contrato? Que considera que debe mejorar en su desempeño / Institución, Otro, Cual?:

Tiempo laborado con Institución ___ Fortalezas ___ Debilidades ___

III D. LO QUE ATRAE AL CANDIDATO (el evaluado debe describir cada ítem referido)	
1. Estabilidad laboral	
2. Oportunidades / laboral y/o promoción.	
3. Salario.	
4. Oportunidad de demostrar habilidades y conocimientos. (describa su aporte Institucional)	
5. Reputación de la Institución.	
7. Seguridad y beneficios adicionales.	
8. Formación y desarrollo profesional.	
9. Mision Institucional.	
10. Atmósfera/clima de trabajo.	

IV. DIMENSION SALUD ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS (Es importante que el evaluado de a conocer su situación)

ASPECTOS CLINICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿USTED A SIDO VALORADO O TRATADO POR PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA		X	
¿PRESENTA ALTERACIONES EN EL SUEÑO?		X	
¿SUS HABITOS DE ALIMENTACION SON NORMALES?	X		
¿ESCUCHA VOCES, OBSERVA OBJETOS O PERSONAS QUE NADIE MAS VE?		X	
¿PRESENTA USTED CAMBIOS CONSTANTES EN SUS ESTADOS DE ÁNIMO?		X	
¿CONSUME ALCOHOL? CON QUE FRECUENCIA?		X	
¿HA CONSUMIDO O PROBADO ALGÚN TIPO DE DROGA ILÍCITA? CUAL?		X	
¿LLORA USTED FACILMENTE O SE DEPRIME CON FACILIDAD?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL?		X	
USTED ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?		X	
USTED EN ALGUNA OCASIÓN HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?		X	

III E. COMO SE ENTERO DE LA VACANTE?
Familiar: ___ Amigo: X Conocido ___ (Grado: ___)
Aviso: ___ Internet: ___ Otro Medio ___ Cual?

IV A. DESCRIBA SU SALUD ACTUALMENTE (El evaluado debe referir su estado actual, enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares etc)

Sano.

V.DIMENSION SOCIAL Y ECONÓMICA (el evaluado debe referir su experiencia en esta dimensión)
Participa en Actividades sociales: Si X No ___ Cuales? Sociales - Familiares. Frecuentes Ocasionalmente.
Posee Amigos / Amistades? : Si X No ___ Obser: ___
Practica deportes Si X No ___ Actividades Tiempo libre: Caminar - Casa.
Personas a cargo: ___ vivienda propia X Alquilada ___
Haga una descripción sobre su manejo del dinero Organizado.
Se siente bien remunerado: Si X No ___ Pq? ___

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD – CAQ

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
0 / 4	2 / 6	12 / 7	8 / 7	3 / 4	7 / 5	5 / 7	11 / 7	19 / 7	5 / 7	10 / 4	3 / 4

CONCEPTO PSICOLÓGICO FINAL: (Haga una descripción del examen mental, el resultado de la entrevista (describiendo puntos importantes, emita un concepto final de si se encuentra psicológicamente equilibrado, ausencia de psicopatología en el momento de la evaluación y/o requiere remisión a un profesional de psiquiatría).

Al momento de la valoración, se percibe ubicado en las tres esferas, Sin antecedentes psicopatológicos. Red de apoyo funcional.

Favorable X Desfavorable ___

Dra. Brenda Catalina Cortes
Psicóloga UPB
T.P. 252.206

UNIDAD, NOMBRE CLARO, FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO EVALUADOR

DRAFT

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOLOGO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA VIGENCIA 2026.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **CONTRATAR LA PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOLOGO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA VIGENCIA 2026,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD**", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por los PROPONENTES y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. Las empresas participantes y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

   A los oferentes les complace confirmar que:

   a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
   b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. Las empresas comprenden la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de las empresas participantes a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. Los oferentes desarrollan sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.
De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.
Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.

b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.

d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. Los oferentes participantes declaran públicamente que conocen y aceptan las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. Las empresas participantes aceptan que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. Las empresas participantes denunciarán ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO,** firman el presente documento en **Bucaramanga**, Santander, enero de dos mil veintiséis (2026).

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO

MY. ANDRES FELIPE RODRIGUEZ PINTO
Subdirector Administrativo y financiero DMBUG
Ordenador del Gasto

NOTIFICADOS:

GERENTE DE PROYECTO

NOMBRE	FIRMA
TC. ANDREA LORENA PONTIER´S PERDOMO Directora Dispensario Médico de Bucaramanga	

COMITÉ TECNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
SMSM. JHON ALEXANDER MOSQUERA RUIZ Coordinador Odontología/Supervisor Contrato	

COMITÉ JURÍDICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
PS. Asesor(a) jurídica Área Contratos Estructurador	

OFERENTES

NOMBRE	FIRMA
PS. GERMAN ANDRES RAMIREZ VILLAMIZAR **CC. 1098796564**	

Policía Nacional

Inicio | Preguntas frecuentes | Contacto | Normatividad

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 12:25:27 horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1098796564,**
Apellidos y Nombres **RAMIREZ CARVAJAL GERMAN ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **german andres ramirez carvajal** , con NIT **109879656-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Imprimir

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 1098796564 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 03/09/2026 12:39 PM

Código Verificación: **289TUGLZ3P**

Válida hasta: **02/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC