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		Maria Deisy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 28865689	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 06 AÑO 1967

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO ORTEGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Vereda Mesa de Cucuana

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO ORTEGA

TELÉFONO EMAIL mariaindigena22@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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).

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*

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 RESGUARDO INDIGENA CHICUAMBE LAS BRISAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año*	1986	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ANCESTRAL	*DEPENDENCIA* COMUNIDAD INDIGENA						*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null ZONA RURAL					

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	40	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Ortega 22 septiembre 2026

Mario Ocio Ramirez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Datos

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos | Indicadores de negocio | Incumplimientos

MARIA DEISY RAMIREZ

COLOMBIA, Ortega

0 Recomendación (es)

Número de documento:28865689

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: MARIA DEISY RAMIREZ
Nombre abreviado: MARIA DEISY RAMIREZ
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 28865689
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otro
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-TOL-73504 - Ortega Departamento: Tolima
Municipio: Ortega

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: MARIA DEISY RAMIREZ
Identificación: 28865689
Nacionalidad: COLOMBIANO
Domicilio: Resguardo indígena chicuambe las brisas, vereda chicuambe
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Información General

MiPyme: No
Régimen tributario: Persona natural
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: Sí ◉ No
Pertenence a un grupo étnico?: No
Condiciones especiales: No Aplica

Contactos

Código postal:
Correo electrónico de la oficina: mariaindigena22@hotmail.com
Teléfono de oficina: 3143978452
Fax de oficina:
Página web:

Documentos relacionados

Indicadores de negocio

Clasificación: ★★★★★ Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones **0**

Visitas al perfil: **4**

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:30/09/2026 10:21 AM
Ver más

5% Datos del perfil Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

Servicio Educativo Nacional de Adultos

SENDAS

BACHILLERATO POR CICLOS SEMI-PRESENCIAL DECRETO 3011 DE 1997
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

LICENCIA DE INICIACIÓN DE LABORES ACADÉMICAS NO. 0455 DEL 19 DE JUNIO DE 2001
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO O RECONOCIMIENTO OFICIAL NO. 0995 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2001.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Confiere a:

Maria Deisy Ramírez

C.C. No. 28'865.689 de Ortega

El Título de

Bachiller Académico

POR HABER CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PLAN DE ESTUDIOS DEL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA QUE LE HABILITA PLENAMENTE PARA CURSAR ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN CUALQUIERA DE SUS NIVELES DE PREGRADO (ARTÍCULO 28 LEY 115 DE 1994 Y ARTÍCULO 11, NUMERAL 2 DEL DECRETO 1860 DE 1994) OBTENIDOS LOS LOGROS DE FORMACIÓN INTEGRAL DEFINIDOS EN EL PEI, SEGÚN DECRETO 3011 DE 1997 QUE REGLAMENTA LA EDUCACIÓN PARA ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES INTEGRADOS.

ANOTADO AL FOLIO _____ DEL LIBRO PARA
CONTROL INTERNO DE DIPLOMAS NO. ____

ROSA EDITH TRIANA DE CALDERÓN
C.C. No. 28'681.670 DE CHAPARRAL
DIRECTORA

LIDA ROCIO OSORIO PÉREZ
C.C. No. 65'827.439 DE CHAPARRAL
SECRETARIA

DADO EN ORTEGA TOLIMA A LOS ___ DÍAS DEL MES DE _____ DE 200__

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Servicio Educativo Nacional De Adultos

SENDAS

Departamento del Tolima

Licencia de iniciación de labores académicas No. 0455 del 19 de Junio de 2001
Licencia de funcionamiento o reconocimiento oficial No. 0995 del 29 de Noviembre de 2001.
Secretaría de Educación del Departamento del Tolima

En Ortega - Tolima, a veintidós (22) días del mes de julio de 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Directora y Secretaria del SERVICIO EDUCATIVO NACIONAL DE ADULTOS "SENDAS". Institución aprobada por la Secretaría de Educación del Departamento del Tolima, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO; Según Resolución No.0995 del 29 de Noviembre de 2001.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de:

Bachiller Académico

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

Maria Deisy Ramírez

C.C. No. 28'865.689 de Ortega

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 015 a veintidós (22) días del mes de julio de 2006 , que consta de 20 alumnos; comienza con el nombre de CALDERON MONTEALEGRE CARLOS HERMINSO y cierra con el nombre de VERGARA RAMIREZ WILSON, firmada por ***ROSA EDITH TRIANA DE CALDERÓN (Directora) LIDA ROCÍO OSORIO PÉREZ (Secretaria).***

Dada en Ortega - Tolima, a veintidós (22) días del mes de julio de 2006.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; del Gobierno Nacional.

ROSA EDITH TRIANA DE CALDERÓN
Directora
C.C. No. 28'681.670 de Chaparral

LIDA ROCÍO OSORIO PÉREZ
Secretaria
C.C. No. 65'827.439 de Chaparral

RESGUARDO INDIGENA CHICUAMBE LAS BRISAS
NIT.809.009.376-1
ORTEGA- TOLIMA

LA SUSCRITA GOBERNADORA

CERTIFICA:

Que el (la) compañero (a) **MARIA DEISY RAMIREZ**, identificado (a) con la cedula de ciudadanía número **28.865.689,** quien hace parte de este resguardo y se encuentra inscrito (a) en el censo radicado ante la oficina de Asuntos Étnicos de la Gobernación del Tolima y del Ministerio del interior, ha ejercido como medica ancestral desde hace más de **CUARENTA** (40) años dentro y fuera de nuestro territorio y aún sigue ejerciendo sin ningún inconveniente.

Se expide la presente a solicitud de la interesada.

Dada en el Resguardo indígena Chicuambe Las Brisas Ortega (Tolima) a los 26 días del mes de agosto de 2026.

Atentamente,

Rosa Angelica Neira

ROSA ANGELICA NEIRA
C.C N°31.989.563 de Cali (Valle)
GOBERNADORA
RESGUARDO INDIGENA CHICUAMBE LAS BRISAS
ORTEGA-TOLIMA
CELULAR: 3115670333

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultadas las bases de datos institucionales de esta Dirección, se registra el Resguardo Indígena CHICUAMBE LAS BRISAS, legalmente constituido por el INCODER (hoy Agencia Nacional de Tierras), mediante resolución N° 335 del 20 de Febrero de 2014

Que, consultadas las bases de datos institucionales de registro de Autoridades y/o Cabildos indígenas de esta Dirección, se encuentra registrado el señor(a) ROSA ANGELICA NEIRA identificado (a) con cédula de ciudadanía número 31989563, en el cargo de Gobernador(a) del cabildo del resguardo indígena CHICUAMBE LAS BRISAS, según Acta de elección o asamblea general de fecha 14 de Diciembre de 2025 y con acta de posesión de fecha 23 de Diciembre de 2025, suscrita por la Alcaldía Municipal de ORTEGA del departamento TOLIMA, para el período del 1 de Enero de 2026 al 31 de Diciembre de 2026

Se expide en Bogotá D.C., a los 16 días del mes de Septiembre del año 2026.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

La presente certificación tiene una validez de treinta (30) días calendario contados a partir de su expedición.

Jefferson Mena Sánchez
Director (E) de Asuntos indigenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 91037f36-f8db-4014-bf2e-8987f8b0425a

Nombres y apellidos / Full name: **MARIA DEISY RAMIREZ**

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

Número de identificación / ID Number: **2 8 8 6 5 6 8 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **14/06/1967**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3203127049**

Correo electrónico / e-mail: **ASDF@GMAIL.COM**

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
TD Adulto	Segunda	10	02	2016		D2251	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	07	2020		V50220014	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	NELCY MANRIQUE MURCIA
COVID ASTRAZENECA	Primera	04	12	2021	Oxford-AstraZeneca	NL0074	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	MAGDA YURANY DUCUARA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	05	2024	Green Cross	V50524002	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	KAREN LORENA DURAN RAMIREZ
Fiebre Amarilla	Única	10	10	2024	Sanofi Pasteur	X3A871V	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	SATURIA FUENTES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	11	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ

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.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.865.689
RAMIREZ
APELLIDOS
MARIA DEISY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1967
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-DIC-1985 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1530400-00161573-F-0028865689-20090707
0013140297A 2
6650003077

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141229132933

(415)7707212489984(8020) 000014122913293 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 8 8 6 5 6 8 9	8	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	28865689	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ		MARIA	DEISY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0 4

41. Dirección principal: VDA CHICUAMBE LAS BRISAS FCA LAS BRISAS

42. Correo electrónico: mariaindigena22@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 9 7 8 4 5 2	3 2 0 2 1 2 7 0 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	1 9 8 6 0 1 0 1						1 1 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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-01-14 / 10:19:12AM

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 MARIA DEISY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 07-09-2026 10:38:54AM

TuDoc
Dirección: Cra 5 # 11 -24 Consultorio 401 Edificio Torre Empresarial.
Teléfono: 324 252 4665
Página web: www.tudoc-col.com
Correo: citas@tudoc-col.com
Ibagué, Tolima

CERTIFICADO DE EVALUACIÓN Y CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA DEL RECONOCIMIENTO: 05/09/2026	CIUDAD: IBAGUÉ	DPTO.: TOLIMA	CARGO A OCUPAR: MEDICA ANCESTRAL

MOTIVO DE EVALUACIÓN, TIPO DE EXAMEN: [X] INGRESO. [ ] PERIÓDICO. [ ] RETIRO. [ ] ALTURAS. [ ] OTRO:

1. IDENTIFICACIÓN EMPRESA

NOMBRE EMPRESA.: HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA. | NIT:

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

2. IDENTIFICACIÓN COLABORADOR

NOMBRE(S):	1er APELLIDO:	2do APELLIDO:	CÉDULA:
MARIA DEISY	RAMIREZ		28.865.689

SEXO: M [ ] F [X]	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	LUGAR DE RESIDENCIA:
	14/06/1967	59 años	ORTEGA, TOLIMA.	ORTEGA, TOLIMA.

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

Examen médico ocupacional	X	Espirometría		Laboratorios:			
Audiometría		Prueba psicotécnica		Hemograma		Frotis faríngeo	
				Perfil lipídico		KOH uñas	
Examen optométrico		Electrocardiograma		Glicemia		Coprológico	
				Serología		Otros	
Visiometría		Hemoclasificación: O +		Serología II			
				Toxicológico			

3. CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

3.1. EXAMEN MÉDICO DE INGRESO:

Sin restricción(es) para el cargo, sin patología aparente.	X	PUEDE REALIZAR LA LABOR.
Sin restricción(es) para el cargo, con patología que no limita la labor.		PUEDE REALIZAR LA LABOR.
Con restricción(es) para el cargo.		Por motivo de:
Aplazado.		Por motivo de:

3.2. EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO:

Sin restricción(es), puede seguir realizando su labor.			
Se sugiere reubicación laboral:	Temporal		Por motivo de:
	Permanente		Por motivo de:

3.3. EXAMEN MÉDICO EGRESO:

[ ] Satisfactorio

[ ] No satisfactorio, por motivo de: _____.

3.4. CONCEPTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS:

Sin restricción(es) para manipular alimentos [ ]. Con restricción(es) para manipular alimentos [ ]. No apto [ ].

Tipo de restricción o limitación:

4. CONDUCTA/RECOMENDACIONES

MANEJO POR EPS/ARL		OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA	
Control periódico P y M por EPS	X	Control periódico ocupacional		Modificar dieta	
Remisión a EPS		Higiene postural	X	Ejercicio físico regular	X
Continuar manejo médico		Utilización correcta de E.P.P.	X	Abandono del hábito de fumar	
Remisión a ARL para manejo de caso		Utilización de ayudas ergonómicas.		Reducir el consumo de alcohol	
Seguimiento de caso por ARL		Realización de pruebas complementarias			

Recomendaciones específicas: INDUCCIÓN AL CARGO.

5. DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

Declaro que todo lo referido y consignado en esta Historia Clínica Ocupacional está ceñido a la verdad y que no he ocultado información acerca de perturbaciones o deficiencias orgánicas, fisiológicas o psicológicas que impliquen riesgo para mi salud, para la de mis compañeros o para mi trabajo en esta empresa, además me comprometo a usar correctamente los elementos de protección personal (EPP) que me sean suministrados.

Firma Trabajador. CC:	Firma y sello del Médico. LENIN A. PUERTAS SILGADO. Médico Esp. S.O. Res.: 2011 del 25-05-2018. S.S.T.

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: RAMIREZ MARIA DEISY, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 28865689, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-662-10-08116-9, con una antigüedad de NUEVE (9) año(s).

Se expide en ORTEGA, a los diez y ocho (18) días del mes de febrero de 2026, con destino a: SOLICITUD DEL CLIENTE

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

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	2026-09-14 08:54

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	DEISY	RAMIREZ	

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	28865689

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

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	HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA
Dirección	["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]				
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

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:

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28865689		RAMIREZ MARIA DEISY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda CHICUAMBE las brisas	ORTEGA-TOLIMA	3143978452	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	652914100	9510478054	I	2026/10/22	2026/09/14	NEQUI	0	$237,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: ORTEGA Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC	28865689	RAMIREZ MARIA		0	$0	$0	EPSIC6	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0

2026/09/14 03:11 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28865689		RAMIREZ MARIA DEISY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda CHICUAMBE las brisas	ORTEGA-TOLIMA	3143978452	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	652914100	9510478054	I	2026/10/22	2026/09/14	NEQUI	0	$237,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$18,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
PIJAOSALUD	EPSIC6	809,008,362	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$237,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$18,300
$18,300
$218,900
$218,900
$237,200

2026/09/14 03:11 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28865689		RAMIREZ MARIA DEISY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda CHICUAMBE las brisas	ORTEGA-TOLIMA	3143978452	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	691061224	9511565968	N	2026/10/22	2026/09/28	NEQUI	0	$280,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: ORTEGA Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	28865689	RAMIREZ MARIA	231001	0	$0	$0	EPSIC6	30	($1,750,905)	($218,900)		0	$0	$0	14-11	30	($1,750,905)	($18,300)	0	$0	$0
2	CC	28865689	RAMIREZ MARIA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPSIC6	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2026/09/28 04:03 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28865689		RAMIREZ MARIA DEISY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda CHICUAMBE las brisas	ORTEGA-TOLIMA	3143978452	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	691061224	9511565968	N	2026/10/22	2026/09/28	NEQUI	0	$280,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$280,200

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 29 de septiembre de 2026, a las 21:35:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	28865689
Código de Verificación	28865689260929213522

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. 303953526

PIB
21:35:51

Bogotá DC, 29 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) MARIA DEISY RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28865689:

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:36:26 PM horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **28865689**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ MARIA DEISY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Todos los derechos reservados

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/09/2026 09:37:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **28865689** y Nombre: **MARIA DEISY RAMIREZ .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **148655317** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:39:02 horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **28865689,** Apellidos y Nombres **RAMIREZ MARIA DEISY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA**, con NIT **890700967-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 28865689 **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 30/09/2026 05:58 PM

Código Verificación: **TJY3HV8E9S**

Válida hasta: **30/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) María Deisy Ramírez identificado con la cedula de ciudadanía No. 28865689 expedida en Ortega Tolima autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega, el día 10 (__) de Septiembre de 2026.

Firma: María Deisy Ramírez
Nombre: María Deisy Ramírez
Cédula: 28865689

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Mario Dicy Ramirez, identificado con la cedula de ciudadanía No. 28 865 689, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		X
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica)**.

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E**,** alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los 10 días septiembre.

Nombre completo y firma CC.
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Maria Dersy Pamarico
CEDULA:	28865684
CARGO:	Medica Asesctor
DIRECCION:	Resguardo Chambo Km Dos
TELEFONO:	3143478452
CORREO ELECTRONICO:	mono indgena 22 @ hotmail.com

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el 10 (__) del mes de Septiembre del año 2026.

Firma:

C.C. No. 28856695 de Ortega

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Maria Deisy Ramirez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 28865684 expedida en Ortega, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Maria Deisy Ramirez
Nombre: Maria Deisy Ramirez
Identificación: 28865684
Fecha: 10 de Septiembre (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud