Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MURILLO	**RAMIREZ**	**ANA MARIA**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1110554144**	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 05 MES 12 AÑO 1994	**Calle 6 # 9-74 Barrio Centro**
PAÍS **Colombia**	PAÍS **Colombia** DEPTO **Tolima**
DEPTO **Tolima**	MUNICIPIO **Guamo**
MUNICIPIO **Ortega**	TELÉFONO **3203612657** EMAIL **murilloramirezanamaria55@gmail.com**

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: **Académico**
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Presencial	12	X		Médico General y Cirujana	12	2023	1110554144

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***GUAMO***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *sanantonioguamo@yahoo.es*
TELÉFONOS ***3174306150***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 07 AÑO 2026		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 09 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO GENERAL***	*DEPENDENCIA* ***ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD***		*DIRECCIÓN* ***CARRERA 9 # 5 -50 BARRIO CENTRO***
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***GUAMO***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *sanantonioguamo@yahoo.es*
TELÉFONOS ***3174306150***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 06 AÑO 2026		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 06 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO GENERAL***	*DEPENDENCIA* ***ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD***		*DIRECCIÓN* ***CARRERA 9 # 5 -50 BARRIO CENTRO***
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***GUAMO***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *sanantonioguamo@yahoo.es*
TELÉFONOS ***3174306150***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 30 MES 01 AÑO 2026		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 05 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO GENERAL***	*DEPENDENCIA* ***ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD***		*DIRECCIÓN* ***CARRERA 9 # 5 -50 BARRIO CENTRO***
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***GUAMO***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *sanantonioguamo@yahoo.es*
TELÉFONOS ***3174306150***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 22 MES 10 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DÍA 22 MES 12 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO***	*DEPENDENCIA* ***ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD***		*DIRECCIÓN* ***CARRERA 9 # 5 -50 BARRIO CENTRO***

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***SALDAÑA***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *administracion@esehsc-saldaña-tolima.gov.co*
TELÉFONOS ***(608) 2266052***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 22 MES 05 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DÍA 19 MES 09 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO GENERAL***	*DEPENDENCIA* ***CONSULTA EXTERNA***		*DIRECCIÓN* ***CALLE 11 # 9-88 BARRIO BONANZA***
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***GUAMO***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *sanantonioguamo@yahoo.es*
TELÉFONOS ***3174306150***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 04 MES 03 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA 04 MES 03 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO***	*DEPENDENCIA* ***ASISTENCIAL (URG – HOSP-PYM-CE-TRASLADOS MEDICOS)***		*DIRECCIÓN* ***CARRERA 9 # 5 -50 BARRIO CENTRO***
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ***E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL***	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* ***COLOMBIA***
DEPARTAMENTO ***TOLIMA***	*MUNICIPIO* ***ESPINAL***		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *ventanillaunica@hospitalsanrafael-espinal.gov.co*
TELÉFONOS ***(608) 2482818***	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 12 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ***MÉDICO INTERNO***	*DEPENDENCIA* ***ASISTENCIAL***		*DIRECCIÓN* ***CALLE 4 # 6-29 BARRIO SAN RAFAEL***
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	5

5 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento **29 de septiembre del 2026**

Ana María Murillo R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **ANA MARIA MURILLO RAMIREZ**

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. N° **1.110.554.144** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	**COLOMBIA**	Departamento	**TOLIMA**	Municipio	**GUAMO**
Dirección	**CALLE 6 # 9 - 74 BARRIO CENTRO**			Teléfonos	**3203612657**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA MARIELA RAMIREZ OSORIO	**28.738.830**	**MADRE**

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	5,000,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	650,000,0
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	**AHORROS**	**296324304**	**ESPINAL - TOLIMA**	**1,500,000**

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **ANA MARIA MURILLO RAMIREZ**

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. N° **1.110.554.144** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	**TOLIMA**	**GUAMO**

Dirección	Teléfonos
CALLE 6 # 9 - 74 BARRIO CENTRO	**3203612657**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA MARIELA RAMIREZ OSORIO	**28.738.830**	**MADRE**

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	5,000,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	650,000,0
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	**AHORROS**	**296324304**	**ESPINAL - TOLIMA**	**1,500,000**

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CREDIORBE	PRESTAMO MOTO	$ 376.000
ARRIENDO	ARRIENDO	$ 650.000
CLARO COLOMBIA	CREDITO	$ 177.100

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	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 IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Ana María Murillo R.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

GUAMO - TOLIMA, 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14976765884

(415)7707212489984(8020) 000001497676588 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 0 5 5 4 1 4 4	1	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	1 1 1 0 5 5 4 1 4 4	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MURILLO	RAMÍREZ	ANA	MARIA

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: MZ C # 24 - Barrio el paraíso

42. Correo electrónico: murilloramirezanamaria55@gmail.com

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

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 1 0	2 0 2 4 0 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 0

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2024-01-30 / 09:39:36PM

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 MURILLO RAMÍREZ ANA MARIA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de septiembre de 2026, a las 15:56:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110554144
Código de Verificación	1110554144260928155604

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. 303851716

PIB
15:53:33

Bogotá DC, 28 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) ANA MARIA MURILLO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110554144:

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 05:40:23 PM horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110554144**

Apellidos y Nombres: **MURILLO RAMIREZ ANA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/09/2026 04:06:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1110554144** y Nombre: **ANA MARIA MURILLO 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. **148553458** . 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 17:48:00 horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110554144,** Apellidos y Nombres **MURILLO RAMIREZ ANA MARIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO**, con NIT **890701715-5** 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.

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 1110554144 **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 28/09/2026 05:56 PM

Código Verificación: **4HN7KMTFR9**

Válida hasta: **28/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES O INCOMPATIBILIDADES

Doctora
YINA PAOLA CASTRO PORTELA
Gerente **HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.**
Guamo, Tolima
E. S. D.

ANA MARIA MURILLO RAMIREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. C.C. No. 1110554144 obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ningún conflicto de interés, ni ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política y en la Ley para efectos de contratar con el mismo Estado, ni con el Hospital San Antonio E.S.E. de El Guamo, Tolima, en específico.

Lo anterior, en garantía y aplicación de lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007, Ley 1952 de 2019, y demás afines y concordantes.

La anterior declaración se expide conforme a la normatividad vigente.

En constancia de lo anterior, se firma este documento el primero (01) de octubre del dos mil veintiséis (2026).

Ana Maria Murillo R.
ANA MARIA MURILLO RAMIREZ
C.C. No. 1110554144

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 1110554144		MURILLO RAMIREZ ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 10 # 5-17 pablo sexto	GUAMO-TOLIMA	3203612657	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	675753915	9510008513	I	2026/10/13	2026/09/22	NEQUI	0	$1,521,700

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)					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$4,620,000	$92,400			$4,620,000	$112,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$4,620,000	$92,400			$4,620,000	$112,600		$0	$0
Ciudad: GUAMO Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$4,620,000	$92,400			$4,620,000	$112,600		$0	$0
1	CC	1110554144	MURILLO ANA	230301	30	$4,620,000	$739,200	EPS041	30	$4,620,000	$577,500	CCF48	30	$4,620,000	$92,400	14-25	30	$4,620,000	$112,600	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$4,620,000	$92,400			$4,620,000	$112,600		$0	$0

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 1110554144		MURILLO RAMIREZ ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 10 # 5-17 pablo sexto	GUAMO-TOLIMA	3203612657	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-09	2026-09	675753915	9510008513	I	2026/10/13	2026/09/22	NEQUI	0	$1,521,700

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	$739,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$739,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,600	$0					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$112,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,400	$0					$0	
COMFATOLIMA	CCF48	800,211,025	1	1	$92,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$577,500	$0					$0	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$577,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$1,521,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

2026/09/22 12:15 PM

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$739,200
$739,200
$112,600
$112,600
$92,400
$92,400
$577,500
$577,500
$1,521,700



VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO MEDICO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Código de Salud Departamental N° 733-190-3161
Calle 9 No. 5-40 GUAMO

CONCEPTO OCUPACIONAL

TIPO DOCUMENTO: CC

NÚMERO DOCUMENTO: 1.110.554.144

PRIMER NOMBRE: ANA

EDAD: 30 AÑOS

SEGUNDO NOMBRE: MARÍA

PRIMER APELLIDO: MURILLO

SEGUNDO APELLIDO: RAMIREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 05/12/1994

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CRA 10 #5-17 APTO 2 B/ PABLO VI

TELEFONO: 3203612657

MUNICIPIO: GUAMO – TOLIMA

GRADO ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

EMPRESA: PARTICULAR

CARGO: MEDICO

FACTORES DE RIESGO: Locativos en su área de trabajo, posturas extensas y prolongadas.

TIPO DE HISTORIA CLÍNICA: INGRESO

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS: Examen con énfasis osteomuscular normal.

CONCEPTO DE APTITUD: sin alteraciones de salud, no presenta patología aparente.

OBSERVACIONES: Luego de evaluación médica completa se considera apto para su cargo MEDICO sin restricción alguna se recomienda uso de elementos de protección personal.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES: Cumplir las normas definidas por el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa para el cargo, pausas activas mínimo 5 minutos cada hora durante la jornada laboral, mantener buenos y adecuados hábitos de higiene postural. Cumplir normas de seguridad definidas por la empresa para el cargo, uso permanente de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y a la actividad laboral definida.

fecha consulta: 17/05/2025

firma del profesional:

Dr. Vladimir Antonio Ferreira O.
Especialista en
SALUD OCUPACIONAL
Fund. Univ. Area Andina
Reg. 2806

firma del paciente:

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
MEDICO GENERAL 4521
MEDICO OCUPACIONAL / CALIFICADOR PCL
Reg. Profesional: 2806 / Cód. REPS 7331903161

NOTA: PARA VALIDEZ DE ESTE CERFIFICADO PUEDE COMUNICARSE AL TELEFONO 3002343099

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.110.554.144**

MURILLO RAMIREZ

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

ANA MARIA MURILLO R

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-DIC-1994**

ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

17-DIC-2012 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2900100-01228062-F-1110554144-20210419 **0074**136543A 2 9915275501

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANA MARIA MURILLO RAMIREZ
CC 1110554144



MÉDICO
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, D.C.

GRADO: 14/12/2023
ReTHUS: 13/08/2025

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicada en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá,D.C., Colombia). pqrs@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) ANA MARIA MURILLO RAMIREZ identificado(a) con CC 1110554144 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**11/03/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**VIVA 1 A IPS S.A. SEDE GUAMO**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 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:

ANA MARIA MURILLO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.554.144**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 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.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494743

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales. Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	05/10/2026 14:43:13

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	890701715	E S E HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO	KR 9 5 50 BRR CENTRO GUAMO	97209

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 9 5 50	GUAMO	Tolima

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1110554144	MURILLO	RAMIREZ

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
ANA MARIA	5/12/1994	CARRERA 10 N 17-

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
GUAMO	0	3203612657	murilloramirezanamaria55@gmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Nueva EPS	37	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	6/10/2026	17100000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	6/10/2026	30/11/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/10/2026 14:43:13. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494743

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 05/10/2026 14:43:13. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494743

1521700	8550000	4620000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/10/2026 14:43:13. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	MURILLO RAMIREZ ANA MARIA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1110554144
INICIO VIGENCIA:	02/07/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	02-07-2026
FECHA FIN CONTRATO:	30-09-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	E S E HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO
CC /NIT:	NI 890701715
CONTRATO:	97209
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 28 días del mes de septiembre del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 28/09/2026 18:10:11. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ANA MARIA MURILLO RAMIREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.110.554.144 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 296324304, abierta/o desde el 21/3/2024.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Septiembre del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Institución Universitaria con Personería Jurídica 2401 del 19 de Mayo de 1972 del Ministerio de Educación Nacional

ESCUELA DE MEDICINA

En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y

Teniendo en cuenta que:

Ana María Murillo Ramírez

C.C. 1.110.554.144 de Ibagué

culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos establecidos por la Fundación y los demás exigidos por la ley, le confiere el título de:

Médico y Cirujano General

Código 1807

y le otorga el presente Diploma que lo acredita como tal, refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.

Bogotá D.C., 15 de diciembre de 2023

No. 8391

Rectora | *Decano* | *Secretaria General*

Registrado: Libro 2 Folio 35
Bogotá D.C., 15 de diciembre de 2023

PRESS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

RA-POR-15

ACTA DE GRADO No. 641

En la ciudad de Bogotá D.C., el día 14 del mes de diciembre de 2023, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, OTTO HAMANN ECHEVERRI Decano y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General; con la asistencia de los Doctores LUIS ARTURO LÓPEZ ENCISO Secretario General Asociado, JUAN CARLOS VELÁSQUEZ ROJAS Director de Bienestar Universitario, LUIS ALFREDO RAMÍREZ CANO Director de Rotaciones Extramurales y DENNY LUENGAS SUÁREZ Director de Rotaciones Institucionales, en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el SNIES, Registro Calificado y Re-Acreditación de Alta Calidad otorgados mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 04602 de marzo 21 de 2018, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

a

Ana María Murillo Ramírez

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.110.554.144 de Ibagué, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. 8384 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de diciembre de 2023.

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

VIGILADA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
GUAMO TOLIMA
NIT. 890.701.715-5

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO TOLIMA,

CERTIFICA

Que ANA MARIA MURILLO RAMIREZ con Cedula de Ciudadanía No 1.110.554.144 de Ibagué Tolima, realizo con esta empresa el Contrato de Prestación de Servicios No – 238-C1-2025 con fecha de inicio 22 de Septiembre de 2025, por un periodo de tres meses, cuyo Objeto era: Contratar la prestación de servicios Profesionales de Un (A) Medico (A) para la ejecución del Programa Atención Primaria en Salud APS de la ESE Hospital San Antonio del Guamo Tolima, conforme a la resolución No 0698 del 21 de Abril de 2025 del Ministerio de Salud, para la continuidad rural de programa.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada.

Guamo, 20 de Enero de 2026

JOSE FERNANDO VILLANUEVA BOTACHE
Profesional Especializado.

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SAN CARLOS E.S.E. DE SALDAÑA

HACE CONSTAR

Que **ANA MARIA MURILLO RAMIREZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.110.554.144 de Ibagué Tolima, labora con el Hospital San Carlos E.S.E desde el 22 de mayo de 2025 con contrato de Prestación de Servicios, así como va relacionado a continuación:

CONTRATO Y RESOLUCIONES	DESDE HASTA	TIEMPO LABORADO	VALOR CONTRATO	OBJETO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO NO. 175 DEL 22 DE MAYO DE 2025	22/05/2025 A 21/07/2025	2 MESES	$8.000.000	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO MEDICO EN LAS ÁREAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL.

Esta información que se está suministrando reposa en el archivo del Hospital San Carlos E.S.E. Se expide la presente Constancia con destino al interesado.

Dada en Saldaña Tolima a los veinticinco (25) días del mes de junio de 2025.

OSCAR EDUARDO RODRIGUEZ RUIZ
Profesional Universitario

ROMULO GOMEZ LOZANO
Jefe de Archivo

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
GUAMO TOLIMA
NIT. 890.701.715-5

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO TOLIMA,

CERTIFICA,

Que ANA MARIA MURILLO RAMIREZ con Cedula de Ciudadanía No 1.110.554.144 de Ibagué Tolima, quien es egresada de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, según Diploma No 8384 , Registrado en el Libro 2-Folio 35 del 14 de Diciembre de 2023, Acta de Grado No 641, de fecha 14 de Diciembre de 2023, laboro en esta empresa desempeñando el Cargo de Profesional Servicio Social Obligatorio en Medicina en la Plaza Código **7331900990011-1** del Ministerio de la Protección Social, durante el periodo comprendido del 4 de marzo del 2024 al 3 de marzo de 2025.

Se expide la presente certificación siendo el día 12 de mayo de 2025.

JOSE FERNANDO VILLANUEVA BOTACHE
Profesional Especializado

CARRERA 9 N° 5 - 50 TELEFAX (098) 2271560 CELULAR 3174306150
e-mail sanantonioguamo@yahoo.es
¡SU SALUD ES NUESTRO COMPROMISO!

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101013938	0

TOMADOR	ANA MARIA MURILLO RAMIREZ			CC	1.110.554.144
DIRECCION	MANZANA C CASA 24 BARRIO PARAISO ORTEGA	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3203612657
ASEGURADO	ANA MARIA MURILLO RAMIREZ			CC	1.110.554.144
DIRECCION	MANZANA C CASA 24 BARRIO PARAISO ORTEGA	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3203612657
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
06 / 07 / 2026	06 / 07 / 2026	06 / 07 / 2027	06 / 07 / 2026	06 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SEGUROS OLGA MARINA VALENCIA LTDA CLIENTE	215280	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER · éxito · MOVIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá · Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********400,000,000.00	PRIMA:	$ **********297,367.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********56,499.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********353,866.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100561186658 8(3900)000000353866(96)20260820

REFERENCIA PAGO: 1100561186658-8

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT. 890.701.715-5

FECHA DE APROBACIÓN: 01-OCT-2026 CONTRATO No. 304-C1-2026

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN(A) MEDICO PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA APS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO

POLIZA No. 25-03-101013938

TIPO DE AMPARO: RESPONSABILIDAD CIVIL

ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FIRMA REPRESENTANTE:

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	EMISION ORIGINAL	25-03-101013938	0

TOMADOR **ANA MARIA MURILLO RAMIREZ** CC **1.110.554.144**

DIRECCION **MANZANA C CASA 24 BARRIO PARAISO ORTEGA** CIUDAD **IBAGUE, TOLIMA** TELEFONO **3203612657**

ASEGURADO **ANA MARIA MURILLO RAMIREZ** CC **1.110.554.144**

DIRECCION **MANZANA C CASA 24 BARRIO PARAISO ORTEGA** CIUDAD **IBAGUE, TOLIMA** TELEFONO **3203612657**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
06 / 07 / 2026	06 / 07 / 2026	06 / 07 / 2027	06 / 07 / 2026	06 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SEGUROS OLGA MARINA VALENCIA LTDA	215280	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% IVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 400,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 400,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 80,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******400,000,000.00	PRIMA:	$ **********297,367.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********56,499.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********353,866.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100561186658(3900)000000353866(96)20260820

REFERENCIA PAGO:
1100561186658-8

25-03-101013938

FIRMA AUTORIZADA

DANIELLOPEZ

CLIENTE

TOMADOR

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos.

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: Ana Maria

Apellidos: Murillo Ramirez

Documento de identidad: C.C [X] T.I [ ] Pasaporte [ ] No. 1110554144

Fecha de nacimiento: Día [05] Mes [12] Año [1994]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	2-11-21	X30A711	H.A
Toxoide Tetánico-Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5	12-11-21	2333L0711	H.A
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	16-5-25	VTD125000	H.A
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref	30/01/25	LN3430	H.A Angelica
	2do Ref			
Otras				

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ana Maria

Apellidos: Murillo Ramirez

Documento de identidad: C.C X T.I Pasaporte No. 1110554144

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 12 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	30-03-22	R3M18	Terminal Alto
Toxoide Tetánico-Diftérico (Td)	1	30-03-22	233L0244	Terminal Alto
	2	01-12-21	2708016068	Ana Duque
	3	11-08-22	2331L0111C724	Terminal Norte
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	09-06-21	1434028	vacunacion y vida IPS
	2	09-09-21	1434028	vacunacion y vida
	3	09-12-21	1436036	vacunacion y vida IPS
Anamarica	1			
	2			
	3			
Influenza estacional	Anual	15 SEP		
Otras				

Dra. Mildred Mercado D.
REG. 16012

Cll 9 No. 4-60 Consultorio 12-13-14
C.C. Zulima Espinal -Tolima
Cels: 315 212 40 00 - 317 817 6464

2451

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

Dra. Mildred Mercado Delgado
Médico Cirujano
R.M. 16012

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION
INSTITUTO: ***UNIMEF IPS***

Nombre: Ana María Murillo Ramírez
Cedula de ciudadania: 1.110554144
Fecha de nacimiento: Dic 05/94
RH: O positivo

TIPO DE BIOLOGICO	FECHA DE VACUNA	DOSIS	REGISTRO
HEPATITIS A			
HEPATITIS B	17 MAY 2025	1ª Dosis	HEPATITIS B M-011597 R1
F. AMARILLA	21/06/2025	2 Dosis	
TOXOIDE TETAN	19/12/2025	3 Dosis	
VARICELA			
INFLUENZA			
TRIPLE VIRAL			
DPT			

Dra. Mildred Mercado D. REG. 16012

Nombre del vacunador:

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1110554144	ANA	MURILLO

Confirme los números de la Imagen *

7818

Cambiar

3534

Consultar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-28--6:49:51 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1110554144	ANA	MARIA	MURILLO	RAMIREZ	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) ANA MARIA MURILLO RAMIREZ identificado(a) con CC 1110554144 registra La siguiente información:

2026-09-28--6:49:51 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2025-08-13	142855	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|TOLIMA|GUAMO	2024-03-04	2025-03-03	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO La

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 111011

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada ininterrumpida)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: (601 330 5041 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMIREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1110554144

Realizó y aprobó el Curso avanzado de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de:

70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-16, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 años A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

64ad68db-29c8-4bed-81f6-0ac0ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANA MARÍA MURILLO RAMÍREZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

11 de julio de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIV

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=64ad68db-29c8-4bed-81f6-0acOac1f1c2e

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMÍREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1110554144
Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMÍREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1110554144
Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMÍREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1110554144
Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR (CPM) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMÍREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1110554144

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACION EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMÍREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1110554144

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ORGANOS (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMÍREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1110554144
Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-06.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 48 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

2 de junio de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

862ade5a-c032-4cea-8925-5245cc5e1ea4

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=862ade5a-c032-4cea-8925-5245cc5e1ea

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA MURILLO RAMIREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1110554144

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-16, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Cruz Roja Colombian

HACE CONSTAR QUE

ana maria murillo ramirez

N° de identificación: 1110554144

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: c295e70f-4d52-4b92-8800-19c9b196d0a2

sábado 16 de agosto de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

e-vigila e-vigiaula

Grupo de Formación del Talento Humano para la Vigilancia en Salud Pública
del Instituto Nacional de Salud de Colombia,
certifica que:

ANA MARIA MURILLO RAMIREZ

Con número de identificación 1110554144

Realizó en el aula virtual el

Curso Virtual de Vigilancia en Salud Pública

Con una intensidad de

Se emite el
11 de septiembre de 2025

Olga Marina Sanabria Cruz
Instituto Nacional de Salud
Coordinadora Grupo de Formación
del Talento Humano VSP

Código de verificación 5074580591AM

68c304d7-2460-4be5-a321-be8bac1f5e72

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANA MARÍA MURILLO RAMÍREZ

ha participado y aprobado el

Curso Virtual: Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 97,78 %

11 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68c304d7-2460-4be5-a321-be8bac1f5e

68c387ec-8874-4a89-87db-d003ac1f5e7e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANA MARÍA MURILLO RAMÍREZ

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

11 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68c387ec-8874-4a89-87db-d0O3ac1f5e7

68c33e3a-ae18-47fe-8578-0fafac1f5e72

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANA MARÍA MURILLO RAMÍREZ

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Vigilancia y sistemas de información

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 76,67 %

11 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68c33e3a-ae18-47fe-8578-0fafac1f5e72

1eba4929-f099-4bd0-ab42-db83e3fabaf7

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Abordaje Integral de Chagas:

Hacia la Eliminación como Problema de Salud Pública

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

5 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=1eba4929-f099-4bd0-ab42-db83e3fabaf7

2628ce47-de0d-451c-90d7-9428c0b2ab33

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el:

Curso virtual sobre pacientes obstétricas críticamente enfermas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 4 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

5 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=2628ce47-de0d-451c-90d7-9428c0b2ab33

61d2caa4-41b7-4677-ab59-623241e75b63

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el

Curso virtual fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud a la violencia contra mujeres y niñas en Latinoamérica

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 86,25 %

2 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=61d2caa4-41b7-4677-ab59-623241e75b63

a88f7c0a-a8df-4a21-8f40-bb23ae98998a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el

Curso virtual de autoaprendizaje: Capacitación sobre la Respuesta Médico-Legal a la Violencia de Pareja y la Violencia Sexual

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 97,11 %

2 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=a88f7c0a-a8df-4a21-8f40-bb23ae98998a

e0dfbf8d-ff28-47f6-8d94-0c69c26150c4

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de de los profesionales de atención primaria de salud - 2da versión

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 85,98 %

2 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=e0dfbf8d-ff28-47f6-8d94-0c69c26150c4

10423a51-53a7-4dbb-86ec-e13b147d5abe

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el

Curso Virtual de Autoaprendizaje: Entendiendo y actuando contra el estigma en salud mental en contextos de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 5 - Porcentaje de aprobación: 91,67 %

2 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=10423a51-53a7-4dbb-86ec-e13b147d5abe

0fdb9d7a-4b72-4cc0-ba7d-069cfc97c274

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Ana Maria Murillo Ramírez

ha participado y aprobado el curso virtual:

Mejorando la salud mental de niños, niñas y adolescentes en atención primaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 13 - Porcentaje de aprobación: 76,33 %

2 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=0fdb9d7a-4b72-4cc0-ba7d-069cfc97e274