Girardot, octubre de 2026

Doctor
**CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA**
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL DE GIRARDOT"**
**Gerente**
Ciudad

**Asunto:** Propuesta de Prestación de Servicios

Con el objeto de ofrecer los servicios ofertados por la ESE HOSPITAL DE GIRARDOT

A continuación, presento a su consideración los términos y condiciones referentes a la propuesta, acogiéndome para ello a la necesidad que pretende satisfacer la entidad, desarrollando las siguientes actividades:

**OBJETO: AST-108 PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA DIMENSION DE AMBITO FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC,DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 976-2025 Y EL ANEXO TECNICO PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ENTRE EL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y LA E.S.E. HOSPITAL DE GIRARDOT.**

Actividades a realizar:

1. Realizar caracterización en el entorno familiar el 100 % de la población mayor de 18 años para detectar el Riego Cardiovascular y Metabólico (Hipertensión y Diabetes), a través del Test de Findriks, las Tablas de Estratificación de la OMS y la toma de la Tensión Arterial, realizando a su vez educación en pautas de cuidado y estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el riesgo encontrado.
2. Realizar acciones de caracterizacion en el entorno comunitario de los Test de Findrisk diligenciados con poblacion trabajadora informal para detectar su Riesgo Cardiovascular y Metabolico (Hipertension y Diabetes) a través de la aplicación del Test de Findriks, Las Tablas de Estratificacion de la OMS y la toma de la Tension Arterial, realizando a su vez educación, teniendo en cuenta el riesgo encontrado.
3. Realizar actividades de búsqueda activa de casos de Tuberculosis y Hansen, de acuerdo con los algoritmos nacionales con énfasis en poblaciones de riesgo identificadas.
4. Realizar acciones caracterizacion en el entorno familiar y comunitario y Tamizar masivamente, mujeres de 50 a 69 años para Detectar el riesgo de Cancer de Mama (Mujeres de 50 a 69 años sin toma de Mamografía) , a través de la Estrategia "QUE EL CANCER NO TE TOQUE", coordinando acciones para que las EPS garanticen las intervenciones individuales de sus usuarias en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. brindar educación en prevención de CA de mama signos y síntomas por los cuales debe consultar.

5. Realizar demanda inducida a la comunidad incluyendo migrantes acorde a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud o servicios sociales desde los riesgos identificados a nivel familiar e individual. vacunación, crónicos, pyd, aseguramiento etc, reportarla en la matriz de canalización y hacer seguimiento a la efectividad.
6. Realizar canalizacion demanda inducida para tamizar masivamente, mujeres incluyendo migrantes mayores de 18 años y menores con vida sexual activa, para detectar el riesgo de Cancer de Cuello Uterino (Mujeres que nunca se hayan tomado la citología o esten fuera del esquema), Canalizar a mujeres de 30 a 65 años sin toma de VPH para la toma con esquema 1-5-5 las canalizacionesa través de la Estrategia "QUE EL CANCER NO TE TOQUE", coordinando acciones para que las EPS garanticen las intervenciones individuales de sus usuarias en el marco de la Ruta de Promoción y Manteniemeinto de la Salud. brindar educacion en prevencion de CA de cervix signos y sintomas por los cuales debe consultar.
7. Realizar canalizacion demanda inducida para tamizar masivamente, hombres incluyendo migrantes entre 50 y 75 años para riesgo de Cancer de Próstata ( Hombres de 50 a 75 años sin toma de Antígeno Prostático), a través de la Estrategia "QUE EL CANCER NO TE TOQUE", coordinando acciones para que las EPS garanticen las intervenciones individuales de sus usuarias en el marco de la Ruta de Promoción y Manteniemeinto de la Salud y brindar educacion en prevencion de CA de prosta signos y sintomas por los cuales debe consultar.
8. Caracterizar y monitorear mensualmente al 100% de las gestantes y puérperas del municipio incluyendo migrantes, que contribuya para la promoción de la salud, gestión del riesgo, educación para la salud y seguimiento a planes de cuidado.
9. Realizar la detección del riesgo a través de la herramienta de ficha familiar y la focalización con demanda inducida a los servicios requeridos, acorde a los formatos de la caja de herramientas suministrados por el Departamento. Todas las familias detectadas con riesgo deben llevar anexo plan de Cuidado. En cumplimienta lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y 276 de 2019. De acuerdo a los 16 grupos de Riesgo.
10. Realizar caracterizacion integral a traves de la Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria, en un porcentaje no menor al 40% de la población DANE proyeccion 2025, menores de 5 años priorizando a los que se encuentren en condiciones vulnerables; realizando búsqueda de riesgos, canalización, educación en prácticas saludables y seguimiento a casos.
11. Realizar valoración integral a traves de la Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria, en un porcentaje no menor al 40% de la población DANE proyeccion 2025 se priorizan menores en situacion vulnerable en edades de 6 a 11años 11 meses y 29 dias, registrada en el municipio; realizando búsqueda de riesgos, canalización, educación en prácticas saludables y seguimiento a casos.
12. Generar un informe para garantizar el seguimiento al 100 % de los menores de primera infancia e infancia que presenten riesgos los cuales seran identificados mediante la aplicacion de la Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, asegurando la generacion de los soportes correspondientes, de acuerdo al instructivo de la ficha , canalización.
13. Actualizar la georeferenciación , identificando y dando respuesta trasectorial a los riesgos y/o problemáticas poblacionales y territoriales.

14. Apoyar la realización de investigaciones de campo ante la aparición de casos de enfermedades inmunoprevenibles en los municipios y Busqueda Activa Comunitaria acorde a sistema de informacion de vigilancia municipal.
15. Apoyo y participacion Activa de las jornadas nacionales y municipales de vacunación y jornadas de salud a tu hogar de acuerdo a lineamientos del ministerio, realizando test de findrisk y test de riesgo cardiovascular y canalizaciones que se deriven de la atencion.
16. Realizar busqueda de susceptibles, Canalización y demanda inducida de la población, Oferta de horarios extendidos según necesidad de la población entre otros.

**DURACION**

El plazo para ejecutar las actividades de la propuesta de servicios será de TREINTA (30) DIAS

**VALOR DE LA PROPUESTA**

El valor de la propuesta de servicios profesionales es por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS ($2.656.500) M/CTE**

**FORMA DE PAGO**

La forma de pago sería mes vencido a razón **UN (1) PAGO POR LA SUMA DE DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS ($2.656.500) M/CTE, De acuerdo al efectivo cumplimiento y acreditación de las entregas pactadas en el anexo técnico No. 1 enfermera para el Programa Ambito familiar del contrato interadministrativo 976-2025 suscrito entre la Alcaldía municipio de Girardot y la ESE. Hospital de Girardot d**espués de la presentación de la respectiva cuenta de cobro, informe de actividades y recibo a satisfacción del supervisor del contrato.

**IDONEIDAD**

Adjunto a esta oferta de servicios se encuentra mi hoja de vida en la cual se evidencia una experiencia relacionada para efectos de acreditar la experiencia requerida para cumplir eficientemente con el servicio ofrecido.

Declaro que, en caso de suscribirse el contrato, garantizo contar con la disponibilidad de tiempo presencial necesaria para la ejecución oportuna e idónea de las actividades objeto del mismo, en las instalaciones de la ESE HOSPITAL DE GIRARDOT, asegurando la calidad y el cumplimiento de las condiciones del servicio a presta

INGRID ORTIZ

**INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ**
**C.C.** 39.579.538 DE GIRARDOT
**Correo:** ingridjanithortiz@gmail.com
**Dirección:**
**Celular:**
**Cundinamarca/**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39579538
NUMERO



ORTIZ RAMIREZ
APELLIDOS

INGRID JANITH
NOMBRES

INGRID ORTIZ R
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1981
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

27-ENE-2000 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1510900-70084901-F-0039579538-20001005 14940 00278A 03 084611343

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ Identificado con CC 39579538

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina GIRARDOT, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24157119673 |
| **Fecha de apertura:** | 27 de Julio de 2026 |
| **Saldo disponible:** | $0.00 |
| **Saldo total a la fecha:** | $0.00 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 01 de Septiembre de 2026.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

AISOCUPACIONAL
Asistencia y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional S.A.S.

Nit. 900.595.056-1

Carrera 8 No. 19 - 32 Barrio Granada
Conmutador: (57)(1) 8351007 - Cel. 320 2310609
Girardot, Cundinamarca - Colombia
www.aisocupacional.co

## CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1981-10-11 Edad: 42 A
Dirección MNZ 24 CS 2 B/ KENNEDY
Empresa: PARTICULAR
**Empresa en misión:** PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 39579538

Teléfono: 3213363726



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 00113235 Fecha apertura: 20240727 08:46:09
Fecha cierre: 20240727 09:42:22
Realizado en: Girardot - Cundinamarca

Cargo u Oficio: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

### EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

### RECOMENDACIONES LABORALES

Pausas activas de acuerdo al programa de la empresa.
Uso de elementos de protección personal según el cargo.

### RESTRICCIONES LABORALES

### CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar labor

Luis Fernando Silva Garcia
C.C. 1082.859.389
MD. Esp. en Salud Ocupacional
Resolución 2273 de 202[illegible]

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LUIS FERNANDO SILVA GARCIA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 2273 21-03-23 Registro No.: 1082859389

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 39579538

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

**RESOLUCION No. 25** 0564 **DE 2004**
( 26 FEB. 2004 )

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En ejercicio de sus funciones y de la delegación conferida por la Resolución No. 8211 de julio 15 de 1989, emanada del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO :**

Que **INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 39.579.538 de Girardot (Cundinamarca),** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** que le otorga **LA FUNDACION DE ESTUDIOS TECNICOS DEL MAGDALENA "FUNDEMAG" GIRARDOT CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.451, DE FECHA 19 DE DICIEMBRE DE 2003.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

**RESUELVE :**

**ARTICULO PRIMERO.-** Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conferido a **INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 39.579.538 de Girardot (Cundinamarca),** que le otorga **LA FUNDACION DE ESTUDIOS TECNICOS DEL MAGDALENA "FUNDEMAG" GIRARDOT CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.451, DE FECHA 19 DE DICIEMBRE DE 2003.**

**PARAGRAFO:** Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO.-** Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Dada en Bogotá D. C., a los 26 FEB. 2004

**JAIME ARMANDO GUERRERO GUERRERO**
Secretario de Salud

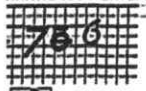
Patricia V. Vo.Bo. Dirección Asuntos Jurídicos.

eTHUS

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

| o de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre | Primer Apellido |
|---|---|---|---|
| Cedula de Ciudadania | 39579538 | ingrid | ortiz |

nfirme los números de la imagen *



Cambiar

397

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2026-09-01--10:10:42 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 39579538 | INGRID | JANITH | ORTIZ | 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) INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ identificado(a) con CC 39579538 registra La siguiente información:**

**2026-09-01--10:10:42 AM**

**Información Académica**

| [redacted] | | | | | La |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2004-02-26 | 564 | DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA |
| AUX | Local | Auxiliar de consultorio odontológico | 2009-04-06 | 1153 | DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA |
| AUX | Local | Auxiliar de higiene oral | 2009-04-06 | 1138 | DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA |

nformación 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 ontinuar 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 rofesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

# 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* |
|---|---|---|
| ORTIZ | RAMIREZ | INGRID JANITH |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39579538

*GENERO*: F (X) M ( ) NB ( )

*NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 11 MES 10 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO GIRARDOT

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 24 2 2 barrio kennedy

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO GIRARDOT

TELÉFONO EMAIL janith65@hotmail.es

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO* | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 1999 |

***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 HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

| *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *No. TOTAL HORAS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS* | *TERMINACIÓN* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* |
| | | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL RICAURTE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3213362726 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 25 | *Mes* | 09 | *Año* | 2005 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMRIA | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14B 22 BARRIO PESEBRE | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENTRO SALUD RICAURTE | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>RICAURTE | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 03 | *Año* | 2025 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ENFEREMERA | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR ENFERMERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 N - 14B 22 BARRIO EL PESEBRE | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENTRO DE SALUD DE RICAURTE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>RICAURTE | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 29 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4145.20. SUBSECRETARIA DE PROMOCION, | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>manzana 24 casa 2 b/kennedy | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COLEGIO DIVINO NIÑO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3185399030 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 02 | *Año* 2024 | *Día* | 28 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ENFERMERIA 9 | *DEPENDENCIA*<br>"DPTO DE ENFERMERIA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 22 10 39 barrio sucre | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ENFERMERA DOMICILIARIA PRIVADA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 02 | *Año* 2008 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2009 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUX ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUX. ENFERMERIA DOMICILIARIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 18 23 45 | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 20 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

**8** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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* LUGRID ORTIZ
GIRARDOT 9 OCT 2026.

*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*

Recibí: Magda Ortiz mo-
profesional SST

**Áreas de interés**

**Configuración Entidad Estatal / Proveedor**

**Administración de usuarios**

**Recomendaciones (no disponible)**

**Biblioteca de documentos**

**Suscripción a notificaciones**

## Información general

| | |
|---|---|
| **Logo de la entidad** |  |
| **Nombre de la entidad** | INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ |
| **Nombre abreviado** | INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ |
| **Fecha de creación** | 29/08/2024 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) |
| **País de origen** | COLOMBIA |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 39579538 |
| **Tipo Entidad Estatal / Proveedor** | Otro |
| **Código UNSPSC** | |
| **Zona horaria** | |
| **Idioma** | |
| **Moneda por defecto** | |
| **País** | COLOMBIA |
| **Ciudad** | Cundinamarca |
| **Municipio** | Girardot |

## Información de contacto

| | |
|---|---|
| **Dirección** | MZ 24 CASA 2 |
| **Código postal** | 252431 |
| **Teléfono de oficina** | 3213362726 |
| **Fax de oficina** | 3213362726 |
| **Correo electrónico de la oficina** | janith65@hotmail.es |
| **Correo electrónico para notificaciones SECOP II** | janith65@hotmail.es |

| Dirección | Estado | País | Teléfono |
|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Página web

| | |
|---|---|
| **Página web** | |
| **Facebook** | |
| **URL linkedin** | |
| **URL de youtube** | |
| **Twitter URL** | |

## Contacto principal

| | |
|---|---|
| **Título** | Mrs |
| **Nombre** | ingrid janith ortiz ramirez |
| **Cargo** | Auxiliar de enfermeria |
| **Teléfono** | 3213362726 |
| **Móvil** | 3213362726 |
| **Fax** | |
| **Correo electrónico** | janith65@hotmail.es |

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 | 2026-09-01 15:35 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| INGRID | JANITH | ORTIZ | RAMIREZ |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 39579538 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | GIRARDOT |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | GIRARDOT |

| | |
|---|---|
| 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 DE GIRARDOT |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | GIRARDOT |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 5 Calle 22 Barrio Centro"] |
| 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:

| |
|---|
| |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141068721391

(415)7707212489984(8020) 000014106872139 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 9 5 7 9 5 3 8 | 8 | Impuestos y Aduanas de Girardot 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadania 1 3 | 39579538 | |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Girardot 3 0 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ORTIZ | RAMIREZ | INGRID | JANITH |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Girardot 3 0 7 |

41. Dirección principal
MZ 24 CA 2 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico janith65@hotmail.es

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 3 6 2 7 2 6 | |

## 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 |
| 4 7 9 9 | 2 0 1 6 0 9 0 1 | 8 6 9 2 | 2 0 1 6 0 9 0 1 | | | 5 1 3 2 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-07-25 / 03:55:12PM

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 ORTIZ RAMIREZ INGRID JANITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
y en su nombre, el

# Colegio Cooperativo del Espíritu Santo

Girardot - Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No.000769 del 30 de Agosto de 1999,

Confiere a:

## Ingrid Janith Ortiz Ramírez

Identificada con T.I. No.811011-03579 de Girardot,

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Antonio Vicente Andrea...
Rector

Luz Stella García Herrán
Secretaria

Dado en Girardot, Cundinamarca, a 27 de Noviembre de 1999.

Anotado al Folio No. Libro de Registro No.

No requiere registro según Decreto 921 del 06 de Mayo de 1994 expedido por el M. E. N.

037671

# Acta Individual de Grado

# Colegio Cooperativo Espíritu Santo

## Girardot - Cundinamarca

Inscripción S. E. 035154
DANE No.32530700509

En la ciudad de Girardot - Cundinamarca, a los 27 días del mes de Noviembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del

# Colegio Cooperativo Espíritu Santo

Institución Aprobada en el nivel de Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Académica, Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de

BACHILLER
EN LA MODALIDAD ACADEMICA
según Resolución No.000769 del 30 de Agosto de 1999.

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

# Bachiller Académico

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

# Ingrid Janith Ortiz Ramírez

T.I. No. 811011-03579 Girardot

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.17 de fecha 27 de Noviembre de 1999 que consta de . ( ) alumnos, que comienza con el nombre de
ANDRADE CAMPOS CATHERINE
y se cierra con el nombre de
ZAMORA RUBIANO YONAT ALEXANDRA
Firmada y Sellada por ANTONIO VICENTE ANDREU (Rector)
y LUZ STELLA GARCIA HERRAN (Secretaria).

Dada en Girardot - Cundinamarca, a los 27 días del mes de Noviembre de 1999.

Firmada y Sellada

Rector
ANTONIO VICENTE ANDREU

Luz Stella García Herrán
Secretaria
LUZ STELLA GARCIA HERRAN

*Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena*

# FUNDEMAG

*EDUCACION NO FORMAL*

*Resolución Oficial No. 000628-95 Secretaría de Educación de Cundinamarca*

*En Nombre de la República de Colombia y por Autorización de la Secretaría de Educación de Cundinamarca*

*Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en*

## Auxiliar de Enfermería

A

## Ingrid Janith Ortíz Ramírez

*Identificado con C.C. No.* 39.579.538 *de* Girardot

*Girardot,* Diciem. 19 *de* 2003

*Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución y la Secretaría de Educación de Cundinamarca*

*Rector*

*Secretario General*

*Coordinador del Programa*

# Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena

# FUNDEMAG

**RESOLUCIÓN No 000628-95/000027-99 S.E.C.**

## ACTA DE GRADO No.451

PROGRAMA: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

GRADUANDO: **INGRID JANITH ORTIZ RAMÍREZ**

En Girardot a los DIECINUEVE ( 19 ) días del mes de DICIEMBRE de 2.003

Siendo las 7:00 P.M. presidido por el Señor Rector del Instituto Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena FUNDEMAG, se llevó a cabo el acto de graduación del (a) Señor ( ita)

**INGRID JANITH ORTIZ RAMÍREZ**

En el programa de : **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

El Señor Rector de la Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena "FUNDEMAG" después de tomar el Juramento de rigor al graduando, le hizo entrega del Certificado de Aptitud Ocupacional **(CAO)** pertinente a:

**INGRID JANITH ORTIZ RAMÍREZ**

Identificada (o) con cédula de ciudadanía **N°39.579.538 GIRARDOT CUNDINAMARCA**

No siendo otro el objetivo, se levantó la sesión, y se firmó ésta acta por los que en ella intervinieron en el acto de Graduación.

FDO. EL RECTOR :

FDO. EL COORDINADOR :

FDO. EL SECRETARIO :

En Girardot, a los DIECINUEVE ( 19) días del mes de DICIEMBRE de 2003

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 - 2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-02
Fecha de vencimiento: 2028-10-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-08-31
Fecha de vencimiento: 2028-08-31

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-10
Fecha de vencimiento: 2027-02-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-30
Fecha de vencimiento: 2028-09-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-28
Fecha de vencimiento: 2028-09-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-12
Fecha de vencimiento: 2027-02-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-02
Fecha de vencimiento: 2028-09-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-07-19
Fecha de vencimiento: 2026-07-19

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Protocolo para la Toma de Pruebas Rápidas VIH, Sífilis y Hepatitis (Point of Care Testing, POCT) - Resolución 200 / 2021 Ministerio de Salud y Protección Social con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-08
Fecha de vencimiento: 2027-02-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-14
Fecha de vencimiento: 2027-02-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024. Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Ingrid Janith Ortiz Ramirez*

## *CC 39579538 de Girardot Cundinamarca*

ealizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-02-10
Fecha de vencimiento: 2027-02-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
Se su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70976 - 051880 Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

| | E.S.E CENTRO SALUD RICAURTE - CUNDINAMARCA | | |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE TALETO HUMANO | | |
| | CERTIFICACIÓN LABORAL | | |
| CÓDIGO: FR-GTH-002 | VERSIÓN: 02 | FECHA: 29/11/2024 | Página 1 de 1 |

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE**

**CERTIFICA:**

Que **INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 39.579.538** expedida en Girardot, presto sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CI-732-2025 SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RICAURTE CUNDINAMARCA ESE CENTRO DE SALUD RICAURTE,** mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios **No. 172-2025**, durante el tiempo comprendido entre el 25 de septiembre de 2025 hasta el 31 diciembre del 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los cinco (05) días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

**CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.**
**Gerente**

Katerine G.
Katerine Gutiérrez R.
Contratista

| | E.S.E CENTRO SALUD RICAURTE - CUNDINAMARCA | | |
|---|---|---|---|
| | GESTIÓN DE TALETO HUMANO | | |
| | CERTIFICACIÓN LABORAL | | |
| CÓDIGO: FR-GTH-002 | VERSIÓN: 02 | FECHA: 29/11/2024 | Página 1 de 1 |

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE**

**CERTIFICA:**

Que **INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 39.579.538** expedida en Girardot, presto sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD POR MEDIO DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE, CUNDINAMARCA**, mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios, **No. 072-2025** durante el tiempo comprendido entre el 19 de marzo de 2025 hasta el 30 junio del 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado al primer (01) día del mes de septiembre de 2025.

Atentamente,

Rocioleal C.

**ROCIO LEAL CARDOZO.**
**Gerente**

Katerine Gutierrez
Elaboro y proyecto:
Katerine Gutiérrez R.
Apoyo Administrativo

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCAESE
CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.058.218-3

## LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

## CERTIFICA:

Que **INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 39.579.538** expedida en Girardot, laboro al servicio de la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios No.133-2024, ejecuta las actividades anteriormente señaladas durante el tiempo comprendido entre el 29 de agosto de 2024 al 30 de diciembre de 2024.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de febrero de 2025.

Atentamente,

Rocioleal C.
**ROCIO LEAL CARDOZO.**
**Gerente**

**Elaboro y proyecto:**
**Katerine Gutierrez**
**Apoyo Administrativo**

[illegible] GIRARDOT

[illegible]

**CERTIFICA**

[illegible] **INGRID JANETH ORTIZ RAMIREZ** identificada con [illegible] de Girardot, laboró como auxiliar de [illegible] durante el periodo del 08 de febrero al 28 de junio de 2024

Dada en Girardot (Cundinamarca) a los diez (10) días del mes de julio de 2024.

COLEGIO DIVINO NIÑO
GIRARDOT
**RECTORA**

Lic. STELLA RAMIREZ AVILA
RECTORA

[illegible]

**LA SUSCRITA**
**ERIKA LORENA RAMIREZ AVILA**
**C.C.No. 39.581.450 de Girardot**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.579.538 de Girardot, prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA, a un adulto mayor Abuela de la suscrita, desde el año 2008 al año 2009.

Durante este tiempo demostró su destreza, habilidad, responsabilidad, puntualidad, respeto, calidad humana, dejando una buena impresión por sus servicios prestados.

Se expide a solicitud de la parte interesada a los Veintiséis (26) días del mes de Julio del año 2024.

Atentamente

ERIKA LORENA RAMIREZ AVILA
C.C.No. 39.581.450
Celular: 312 5625186

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304116136

PIB
18:07:42


Bogotá DC, 01 de octubre 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) INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39579538:

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.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

# 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 jueves 01 de octubre de 2026, a las 18:16:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 39579538 |
| Código de Verificación | 39579538261001181616 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 06:18:08 PM horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39579538**

Apellidos y Nombres: **ORTIZ RAMIREZ INGRID JANITH**

**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.

Volver al Inicio

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

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

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, 01/10/2026 06:20:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39579538** y Nombre: **INGRID JANITH ORTIZ 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. **148817541** . 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

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

redam.pdf - Adobe Acrobat Reader (64-bit)

Policía Nacional

Inicio Preguntas frecuentes Contacto Normatividad

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 18:24:45 horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39579538,**
Apellidos y Nombres **ORTIZ RAMIREZ INGRID JANITH**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital de Girardot** , con NIT **900290890-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Imprimir

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39579538 **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 01/09/2026 03:49 PM

Código Verificación: **Y3F7KJ28B4**

Válida hasta: **30/11/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

SaludTotal

GIRARDOT, Octubre 1 de 2026

Señora:

ORTIZ RAMIREZ INGRID JANITH

CC. 39579538SINDIRECCION SAT - 2999999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 26 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ORTIZ RAMIREZ INGRID JANITH | 39579538 | C | Ago-26-2024 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| ORTIZ RAMIREZ EMY | 1069180119 | R | Ago-26-2024 | 52 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| RAMIREZ DE ORTIZ FLOR ELENA | 20622283 | C | Nov-30-2017 | 0 | 0 | PADRES | NO VIGENTE | Nov-30-2017 | Exclusión o anulación de la afiliación | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---|---|---|---|
| INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ | 39579538 | Independiente | VIGENTE |
| INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ | 39579538 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ | 39579538 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ | 39579538 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ | 39579538 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ | 39579538 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39579538,** se encuentra afiliado/a desde **13/09/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de septiembre de 2026.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

Conservelo

La salud es de todos

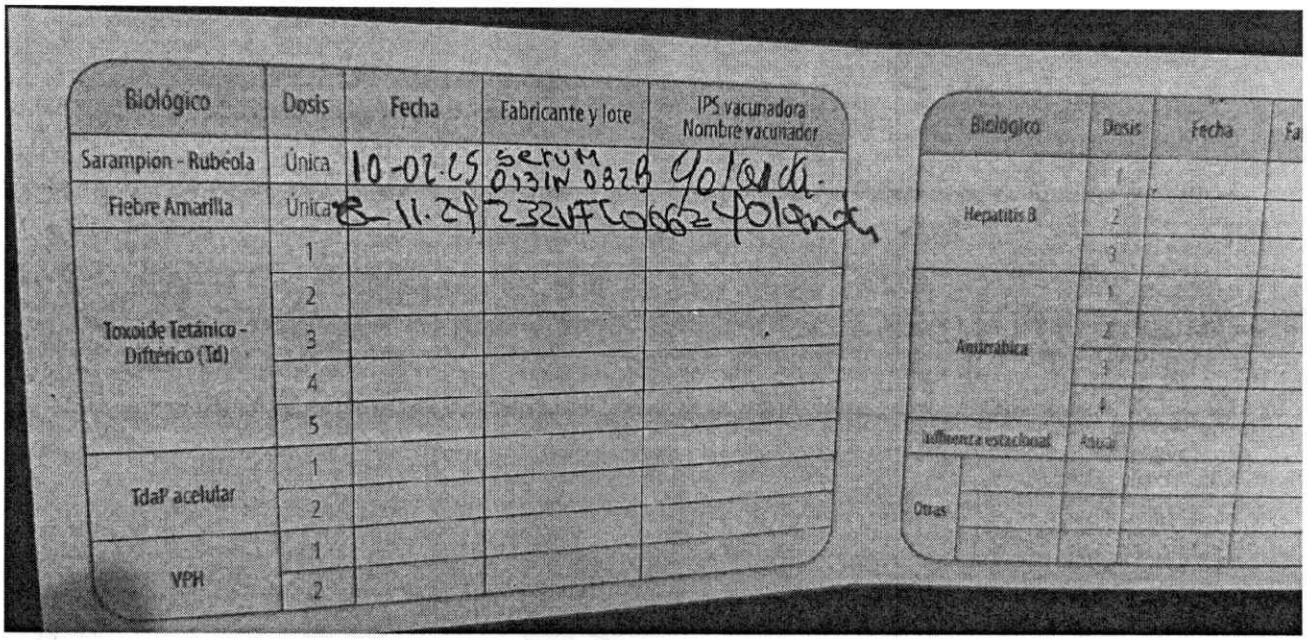
Certificado de vacunación del adulto

JUGRID JUDITH
ORTIZ RAMIREZ
× 39579538
11 10 1981

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | | | | |
| Toxoide Tetanico Diftérico Td | 1 | 8-04-13 | 024L300218 | |
| | 2 | 10-10-13 | 024130028 | |
| | 3 | 15-04-14 | 024130280 | |
| | 4 | 14-05-15 | 024130028 | |
| | 5 | 11-05-19 | 22150206E | Sanofi. |
| Contra Hepatitis B | 1 | 15-04-2014 | UVA1404A | Adela Perez. |
| | 2 | 19-05-2014 | UVA1404A | Adela Perez. |
| | 3 | 30-06-2015 | UVA1404A | Adela perez. |
| VACUNA | 1 | 9-10-2015 | J015386 | Sanofi. |
| VACUNA | 2 | 27-01-2016 | Sanofi | [illegible] |

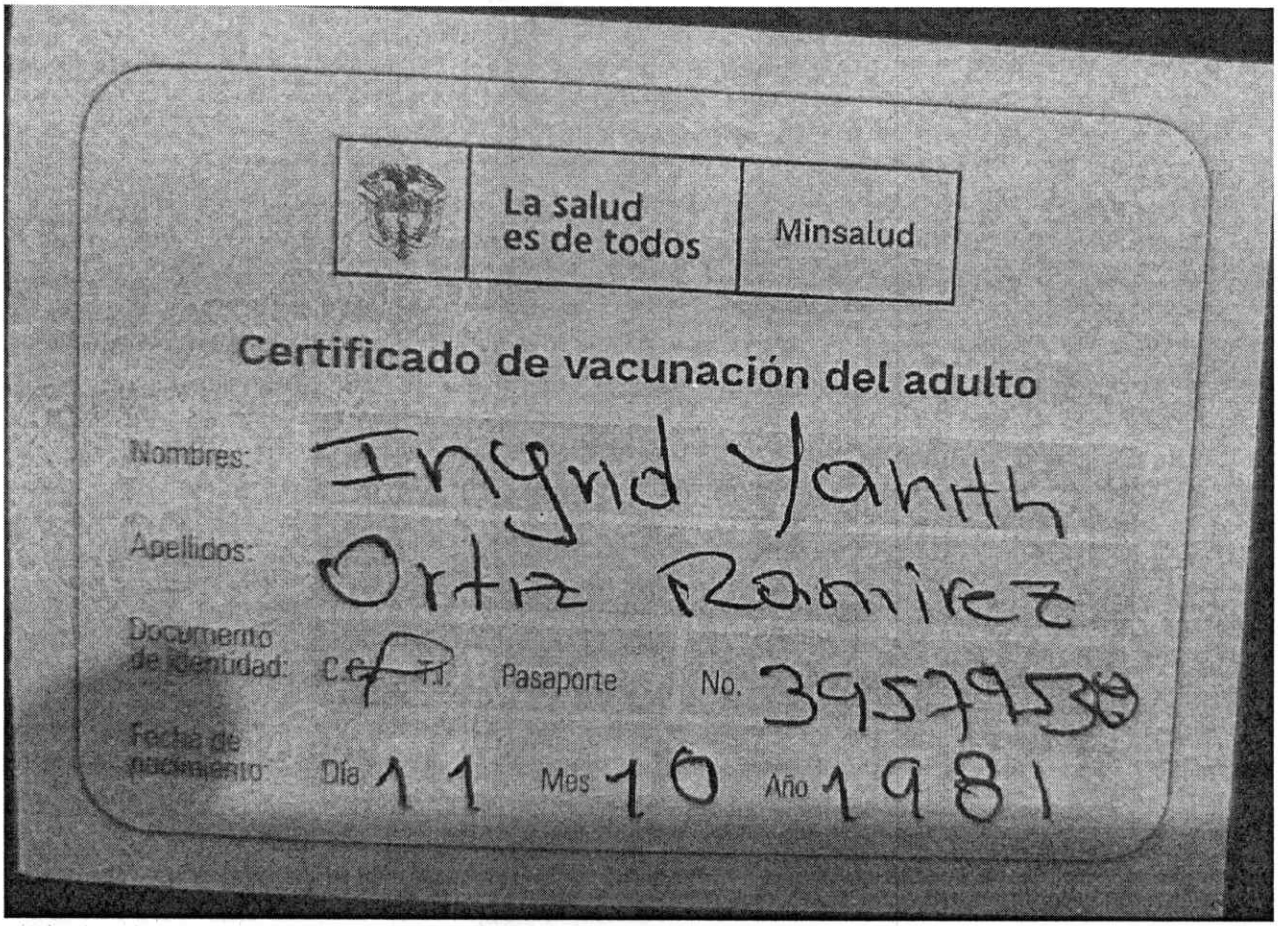
| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | Unica | 8-04-13 | Sanofi J50051 | |
| Contra Influenza | Unica | 15-04-14 | Sanofi. 1410601 Laboratorios. | |
| | | 27-12-19 | UVS0219066 | |
| Virus de Papiloma Humano | 1 | 24-10-15 | Jaeb891 Merck. | |
| | 2 | 11-05-19 | 50054B4 | |
| Hepatitis A | Unica | 02-02-2016 | AHAV767A | Adela Perez. |

| Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cedula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| 25-02-2021 | SINOVAC | A202101004 | C.S.R. | YOLANDA CASTRO | 20875729 |
| 17-03-2021 | SINOVAC | C202102011 | C.S.R. | YOLANDA CASTRO | 20875729 |
| 02-11-2021 | Moderna | 037M21A | CSR | Yolanda Castro | 20875729 |



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubéola | Única | 10-02-05 | SERUM 0131N 0828 | Yolanda. |
| Fiebre Amarilla | Única | 8-11-24 | 232VF60062 | Yolanda |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fa |
|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| Antirrábica | 1 | | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| | 4 | | |
| Influenza estacional | Única | | |
| Otras | | | |
| | | | |
| | | | |



La salud es de todos | Minsalud

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ingrid Yahith

Apellidos: Ortiz Ramirez

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No. 39579530

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 10 Año 1981

**COMPROMISO DE TRANSPARENCIA**

El (la) suscrito (a) INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ(a) con **cédula** de ciudadanía No 39.579.538 de GIRARDOT **Domiciliado** en Girardot Cundinamarca en adelante se denominará el **CONTRATISTA,** manifiesto la voluntad de asumir el presente **COMPROMISO DE TRANSPARENCIA,** teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT, adelanta un proceso de contratación que tiene por objeto:

2. **ASTC -108 PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA DIMENSION DE AMBITO FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 976-2025 Y EL ANEXO TECNICO PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ENTRE EL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y LA E.S.E. HOSPITAL DE GIRARDOT.**

3. Que el **CONTRATISTA** tiene interés en apoyar la acción del Estado Colombiano y de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT, en la implementación de mecanismos y normas para el fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y en la lucha contra la corrupción.

4. Que el **CONTRATISTA** tiene interés en el presente proceso de Contratación, y se encuentra dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso y, en tal sentido, realiza las siguientes manifestaciones y compromisos.

**DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

**PRIMERA:** Declaro no encontrarme incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad prevista en la Constitución Política ni en la ley, así como no tener sanción vigente por la trasgresión de alguna de ellas, para contratar con Entidades Públicas.

**SEGUNDA:** Declaro que toda la información que suministré durante el proceso contractual y en la ejecución del contrato si me es adjudicado, es cierta.

**TERCERA**: Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, no he dado, ni daré, directa ni indirectamente, dádiva o beneficio para obtener una decisión a mi favor o ventaja impropia.

**CUARTA:** Declaro que la propuesta presentada es seria y económicamente ajustada a la realidad, que asegura la posibilidad de ejecutar el objeto del presente contrato en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el Estudio de Convivencia y Oportunidad.

**QUINTA:** Declaro públicamente que conozco y acepto las reglas establecidas para el presente contrato, las modificaciones, adendas, así como las aclaraciones que se realizaron en el mismo, en condiciones de transparencia, equidad e igualdad.

**COMPROMISOS**

**PRIMERO: CONTRATISTA.** Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, me comprometo a manifestarla a la entidad y me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT

y, si ello no fuere posible, renunciaré a la ejecución del mismo de conformidad con lo previsto en el artículo 9º de la Ley 80 de 1993.

**SEGUNDO: CONTRATISTA.** Me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el contrato.

**TERCERO: CONTRATISTA.** Me comprometo a suministrar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

**CUARTO: CONTRATISTA.** Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en el contrato.

**QUINTO: CONTRATISTA - ENTIDAD.** Nos comprometemos a desarrollar todas nuestras actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.

**SEXTO: Entidad.** Me comprometo a ser objetivo y a tratar con igualdad a todos los contratistas.

**SÉPTIMO: Entidad.** Me comprometo a responder y a publicar las respuestas a las observaciones realizadas por todos los participantes.

**OCTAVO: Entidad.** Me comprometo a rechazar y a denunciar cualquier dádiva u ofrecimiento hecho directa o indirectamente por algún participante o persona interesada en el proceso contractual.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de mis compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, suscribo el presente documento en **GIRARDOT, CUNDINAMARCA** del mes de septiembre de 2026.

**EL CONTRATISTA**

INGRID ORTIZ

**INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ**
C.C. No 39.579.538 de Girardot

**DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

Girardot, octubre de 2026

Señores:
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT**
Girardot - Cundinamarca

**Asunto:** Declaración de ausencia de inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

El/la suscrito/a INGRID JANITH RAMIREZ ORTIZ , identificado/a con cédula de ciudadanía N° 39.579.538 de Girardot Cundinamarca cuando en nombre propio declaro bajo la gravedad del juramento, de forma libre, espontánea y consciente, que el abajo firmante, no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses y/o prohibición, de las señaladas en la Constitución Política y en la Ley, especialmente:

1- Estar incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con entidades públicas de conformidad con lo establecido en la constitución y las leyes.

2- Estar incurso en cualquiera de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que trata el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

3- Estar incurso el suscrito o la sociedad que represento, en alguna de las causales de inhabilidad por incumplimiento reiterado, que genere la imposición de multas o declaratoria de incumplimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la ley 1474 de 2011 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

4- No tener conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo con las obligaciones de familia. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 6° de la Ley 311 de 1996.

5- No haber desempeñado el suscrito o alguno de los socios o accionistas de la compañía, funciones públicas al interior de la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, dentro de los dos años anteriores a la fecha de la presentación de la propuesta, o estar desempeñando cargo público en la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, ni en ninguna otra institución del Estado.

6- No soy cónyuge o compañero(a) permanente con servidores públicos del nivel directivo, asesor o de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, ni tengo parentesco con ellos dentro del primer y segundo grado de consanguinidad, afinidad o civil

7- No me encuentro relacionado en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas Listas OFAC, Lista Clinton o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para trámite de contratación.

Atentamente,

**Nombre:** INGRID JANITH RAMIREZ ORTIZ
**C.C.:** 39.579.538 GIRARDOT
Dirección y teléfono: MZ 24 CASA 2 KENNEDY – 321-3362726

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DE
–GIRARDOT–

## FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en los Decretos 1377 de 2013 y 1074 de 2015, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT de lo siguiente:

1. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme lo dispone las normas vigentes que rigen esta materia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: OBTENER SOPORTES DOCUMENTALES QUE PERMITAN ADELANTAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS PARTES (CONTRATISTA – ENTIDAD).

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Entidad y observando las normas vigentes sobre protección de datos personales.

6. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT para tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

10. 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 la EMPRESA SOCIAL DEL

ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Se firma en el municipio de Girardot octubre de 2026

Firma: 1106210 ORT 12

Nombre: INGRID JANITH ORTIZ RAMIREZ

Identificación: C.C.: 39.579.538 DE GIRARDOT