FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ramirez	Espitia	Brayan Alonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1125470393	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 12 AÑO 2006	COMUNIDAD DE MANDI			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VAUPÉS
DEPTO	VAUPÉS	MUNICIPIO	MITÚ		
MUNICIPIO	MITÚ	TELÉFONO	3127229792	EMAIL	espitiazaira2030@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2024

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TECNICA) **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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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 Yumbo - Valle 9 noviembre 2026

Fabian Ramirez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

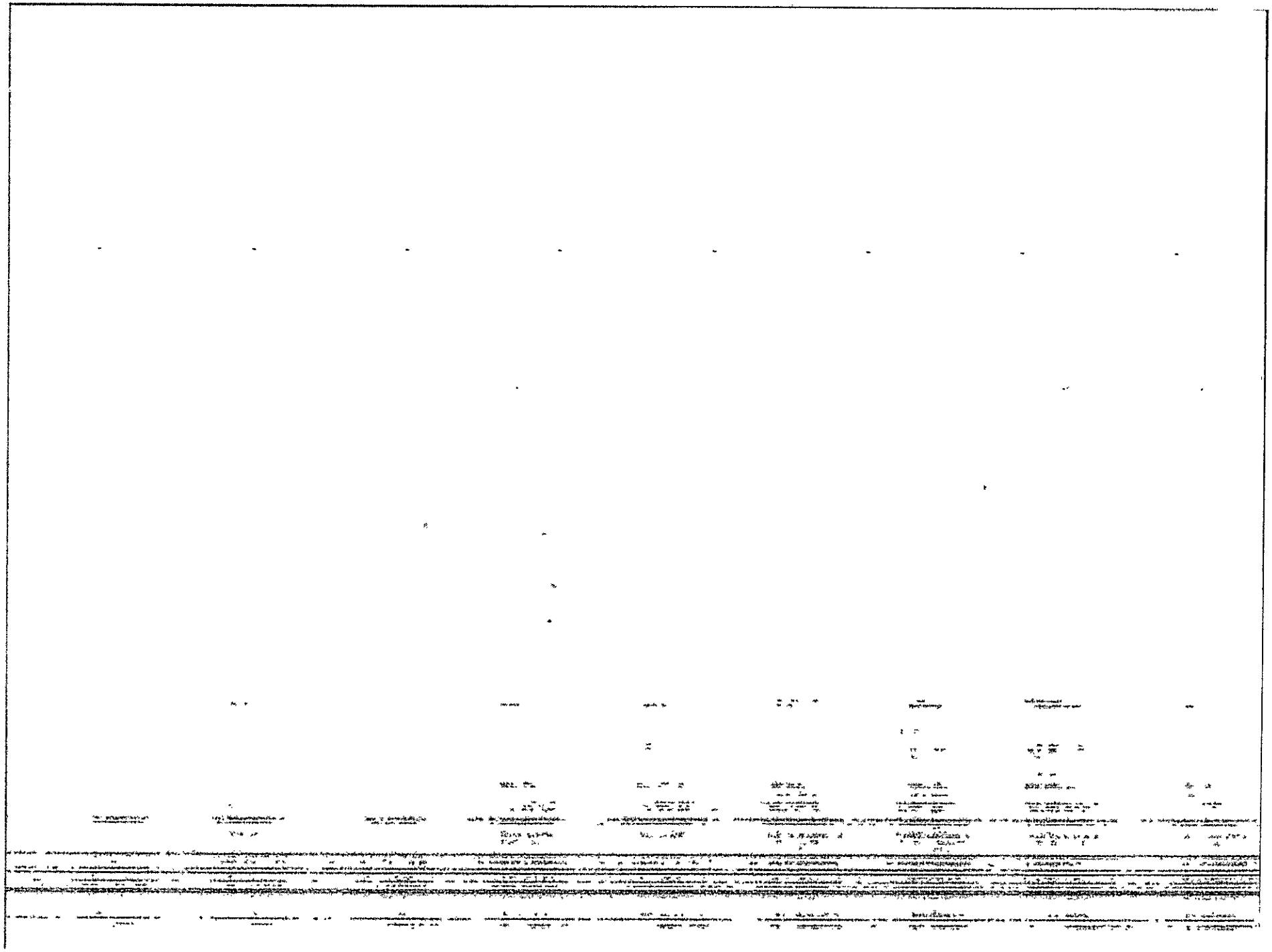
9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Yumbo 09 11 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE MANDÍ

DEL DEPARTAMENTO DEL VAUPÉS - MITÚ
COD DANE 297001001836 RESOLUCION DE APROBACION N
001011 15 DE JUNIO DE 2011 NIT: 9003238204/COD ICFES 169862

ACTA DE GRADO

En la comunidad de Mandí (Vaupés Medio) siendo los seis (6)dias del mes de diciembre del año 2024, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del establecimiento educativo INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE MANDÍ, aprobada por resolución No. 001011 del 15 de junio de 2011, para los niveles de preescolar, básica y media, autorizada por la secretaría de Educación Departamental.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN AGRICULTURA, al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN
7	RAMIREZ ESPITIA BRAYAN ALONSO	1.125.470.393	MITÚ - VAUPÉS

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 14 de fecha Diciembre 06 de 2024, que consta de 11 estudiantes, que comienzan con el nombre GONZÁLEZ GUTIÉRREZ YULY PAOLA y se cierra con el nombre de VILLAMIL RAMÍREZ EDWIN JANOBER.

Firmado por TEÓTIMO FERNANDO CARDOZO FERRAZ (Rector) y MAYRA ALEJANDRA RODRÍGUEZ ORTIZ (secretaria).

Dada en la comunidad de Mandí, Departamento del Vaupés a los 06 dias del mes de diciembre de 2024.

Teótimo Fernando Cardozo Ferraz
RECTOR
C.C 18.201.005 Mitú – Vaupés

Mayra Alejandra Rodríguez Ortiz
SECRETARIA
C.C 1.125. 473.258 Mitú - Vaupés

Folio No. 14

Gmail brayan ramirez <brayanramirez16122006@gmail.com>

SOLICITUD DE COPIA DE DIPLOMA DE GRADO BACHILLERATO

2 mensajes

brayan ramirez <brayanramirez16122006@gmail.com> 21 de octubre de 2026 a las 18:03
Para: mandi@sedvaupes.gov.co, secretariadeeducacion@vaupes.gov.co

Respetados señores **INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE MANDI**

Cordial saludo.

Por medio del presente, me permito solicitar formalmente una copia del diploma de bachiller expedido por esa institución educativa, con el fin de contar con dicho documento para los trámites personales y/o administrativos correspondientes.

Agradezco que la copia del diploma contenga la información completa de la institución educativa y los datos de identificación del graduado, de acuerdo con los registros académicos del colegio.

Para facilitar la búsqueda y verificación de la información, relaciono a continuación los datos correspondientes:

1. Datos del solicitante

- Nombre completo: BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA
- Tipo y número de documento de identidad: CC 1125470393
- Correo electrónico: brayanramirez16122006@gmail.com

2. Datos académicos del graduado

- Nombre completo del graduado: BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA
- Tipo y número de documento de identidad a la fecha de grado: TI 1125470393
- Año de graduación: 2024
- Grado obtenido: Bachiller

3. Datos de la institución educativa

- Nombre del colegio: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE MANDI
- Municiplo y departamento: Mandi - Vaupes medio - Vaupes

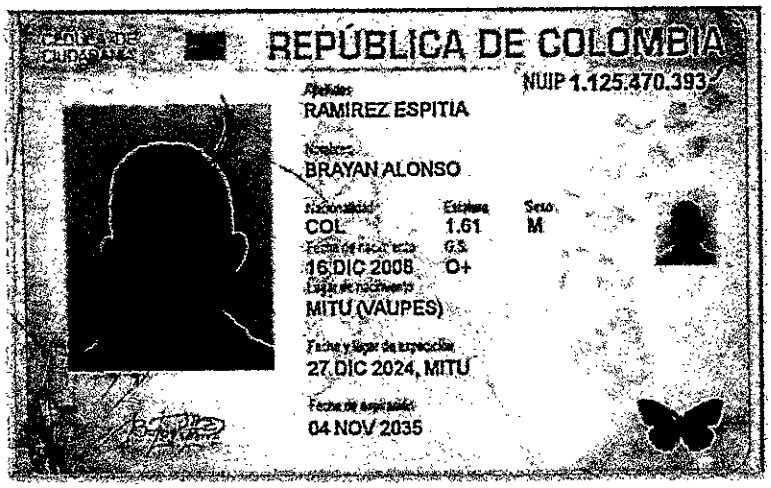
Agradezco que me informen los requisitos, el procedimiento y los costos, si los hay, para la expedición de la copia solicitada. Asimismo, agradezco indicar si es necesario aportar documentación adicional para realizar este trámite.

Quedo atento(a) a su respuesta y agradezco de antemano su atención y colaboración.

Atentamente,

BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA CC 1125470393 3127229792
brayanramirez16122006@gmail.com

Mail Delivery Subsystem <mailer-daemon@googlemail.com> 21 de octubre de 2026 a las 18:03
Para: brayanramirez16122006@gmail.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.125.470.393

Apellidos
RAMIREZ ESPITIA

Nombres
BRAYAN ALONSO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.61

Sexo
M

Fecha de nacimiento
16 DIC 2008

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MITU (VAUPES)

Fecha y lugar de expedición
27 DIC 2024, MITU

Fecha de expiración
04 NOV 2035



IDCOL0843452686800 1<<<<<<<<<<<
0612162M3511048COL1125470393<0
RAMIREZ<ESPITIA<<BRAYAN<ALONSO

791d3e4d-a6f9-44d4-9bc3-79dfd7bf95a2

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

brayan alonso ramirez espitia

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Autoaprendizaje: Trabajadores de Salud Comunitarios para la Mejor Atención de las ENT

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 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

Mejor Atención para las ENT

Acelerar Acciones en la Atención Primaria de Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=791d3e4d-a6f9-44d4-9bc3-79dfd7bf95a2

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304339168

PIB
12:57:02

Bogotá DC, 06 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) BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1125470393:

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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:35:53 PM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1125470393**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ ESPITIA BRAYAN ALONSO**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de octubre de 2026, a las 12:52:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1125470393
Código de Verificación	1125470393261006125212

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/10/2026 01:21:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1125470393** y Nombre: **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA.**

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. **149074476** . 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

GOV.CO

Policía Nacional de Colombia

Portal de Servicios al Ciudadano

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha 08/ 12025 01:17:53 p. m. el ciudadano con C.C. de Ciudadanía No. 1125470892 y Nombre BRIA VAN ARCINIEGO RAMIREZ ESPUTIA.

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 Nacional de Medidas Correctivas No. 2452027 - 0276 . La presente información podrá verificarse suscribiendo un pin de validación que le llegará al celular registrado al momento de realizar la consulta, ingresa aquí consulta recuerda que solo 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 ingresado.

Nueva Búsqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección de Seguridad Ciudadana
Línea gratuita nacional 018000 112

Mitú, Vaupés. 06 de noviembre de 2026

AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA

El Art. 56 de la ley 1437 de 2011, señala que toda persona que desee ser notificado por la vía electrónica, deberá manifestar por escrito su aceptación para ser notificado al correo electrónico que registre en la Entidad, indicando con claridad la dirección electrónica a la que requiera se le envíe las correspondientes notificaciones y/o entrega de información solicitada; en consecuencia, manifiesto de manera voluntaria que **ACEPTO** y **AUTORIZO** la notificación electrónica de las diferentes actuaciones que se den en el desarrollo de la etapa contractual y poscontractual así mismo de las citaciones, comunicaciones y actos administrativos a que haya lugar, a través de medio electrónico por la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO de Mitú, para lo cual registro la siguiente información:

Nombre: BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA

CC: 1,125,470,393 DE MITÚ

Celular: 3127229792

Correo electrónico: espitiazaira2030@gmail.com

Declaro que la información anteriormente suministrada es propia, que soy quien maneja directamente el número de contacto y el correo indicado, por lo tanto, me hago responsable de mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de comunicaciones, citaciones, Resoluciones y demás actos administrativos objeto de notificación, igualmente me comprometo a informar por escrito a la Entidad en caso de cambio o actualizar algún dato de contacto aquí consignado.

Brayan Ramirez

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: _____
C.C. 1,125,470,393 DE MITÚ

Mitú, Vaupés. 06 de noviembre de 2026

AUTORIZACIÓN CONSULTA DEL REGISTRO DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

Yo, **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1,125,470,393 DE MITÚ**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO**, identificada con NIT. 845000038-5, a consultar mis datos personales en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa - Policía Nacional de Colombia.

Brayan Ramirez

Firma _____
Nombre **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA**
Cédula **1,125,470,393 DE MITÚ** ✓

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El suscrito (a) **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA**, domiciliado en la ciudad de **Mitú**, identificado con el número **1,125,470,393 DE MITÚ**, quien sostendrá un vínculo contractual con la **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO,** manifiesta su voluntad de asumir unilateralmente, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la entidad adelanta el proceso de contratación directa mediante contratos de prestación de servicios con el fin de apoyar los objetivos que tiene la Administración, plasmados dentro del Plan para el periodo institucional, en sus diferentes dependencias.

SEGUNDO: Que es interés de la persona **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA,** apoyar la acción del estado colombiano para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

CLAUSULA PRIMERA, COMPROMISOS ASUMIDOS

BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

El suscrito (a), no ofrecerá coimas ni sobornos, así como cualquier suma monetaria en relación con su vinculación contractual, ni en la ejecución del contrato que pueda celebrarse, ni tampoco permitirá que un tercero lo realizara en su nombre, comprometiéndose de manera formal a no realizar acuerdos y acciones que vulneren el principio de transparencia establecido en el régimen de contratación del estado.

CLAUSULA SEGUNDA, CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El suscrito por medio de este documento se compromete a asumir las consecuencias previstas en la normatividad civil, penal, disciplinaria y fiscal que hayan de aplicarse, si se demuestra el no cumplimiento de los compromisos asumidos a través de este documento.

En constancia y en manifestación de la aceptación de los compromisos adquiridos unilateralmente los cuales se han incorporado, se firma este documento en la ciudad de Mitú, el día **09 de noviembre de 2026.**

BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA
C.C. N° 1,125,470,393 DE MITÚ.

Brayan Ramirez

ACTA DE DECLARACIÓN JURAMENTADA

En Mitú, capital del Departamento del Vaupés, el día 09 de noviembre de 2026.

Yo **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA**, manifiesto mi voluntad de rendir mi propia declaración juramentada bajo los parámetros del Decreto 1557 de 1989, así:

PRIMERO-GENERALES DE LEY: Mi nombre es **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA**, domiciliado(a) en el municipio de Mitú, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1,125,470,393 DE MITÚ**, con estudio como BACHILLER.

SEGUNDO-OBJETO DE LA DECLARACIÓN: Bajo la gravedad de juramento declaro que: No soy deudor moroso del estado, ni entidad pública alguna, no me encuentro reportado como talen En el BDME. De igual manera declaro bajo juramento que no me encuentro al amparo de alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad constitucional o legal para contratar con la Entidad, no tengo conflicto de intereses que me impidan contratar con la entidad convocante o ejecutar el presente contrato, y no estoy inmerso en alguna causal de prohibición legal; así mismo manifiesto bajo juramento que informaré a la entidad contratante de presentarse una inhabilidad sobreviniente que me impida continuar desarrollando el objeto contractual.

TERCERO-IDONEIDAD: Que me encuentro en plenitud de mis facultades mentales, sin impedimentos legales para rendir esta declaración, aceptando expresamente las consecuencias penales y civiles a que haya lugar en caso de manifestar hechos que no sean ciertos y con destino a fines pertinentes del solicitante.

Declarante,

Brayan Ramirez

BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA
C.C. N° 1,125,470,393 DE MITÚ

Mitú, 8 de Nov del 2026.

Doctor
Gerente
E.S.E Hospital San Antonio
Ciudad

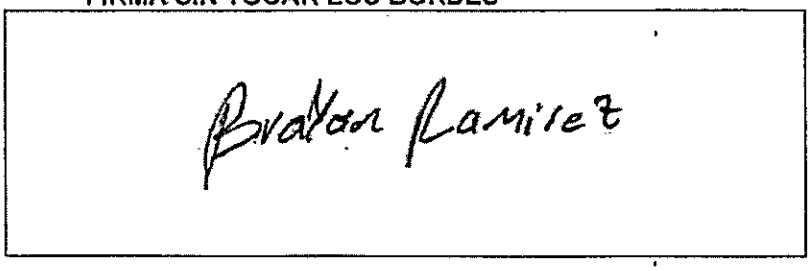
ASUNTO: AUTORIZACIÓN USO DE FIRMA ESCANEADA CON FINES PERTINENTES : SI X NO___

Yo, Brayan Alonso Ramirez identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1125470343 de Mitú, en mi propio nombre y representación, **AUTORIZO** para que la **ESE Hospital San Antonio** utilice mi firma escaneada para trámites relacionados con la ejecución del contrato en las etapas contractuales y poscontractual.

Agradezco su atención y aprobación.

Cordialmente,

FIRMA SIN TOCAR LOS BORDES



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 06:57:32 horas del 07/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1125470393,**
Apellidos y Nombres **RAMIREZ ESPITIA BRAYAN ALONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN ANTONIO**, con NIT **845000038-5** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO EJERCITO NACIONAL

C E R T I F I C A

Que el señor **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1125470393, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	BRAYAN
Segundo Nombre:	ALONSO
Primer Apellido:	RAMIREZ
Segundo Apellido:	ESPITIA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1125470393
Distrito Militar:	013
Estado Tarjeta Militar:	RESERVISTA - 1RA CLASE

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU TARJETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 29 días del mes de OCTUBRE de 2026, a las 09:27:31.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

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 1125470393 **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 29/10/2026 09:25 AM

Código Verificación: **47T93BHGWL**

Válida hasta: **29/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141287123038

(415)7707212489984(8020) 000014128712303 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 5 4 7 0 3 9 3	1	Delegada de Impuestos y Aduanas de Mitú	4 5

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 2 5 4 7 0 3 9 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Vaupés 9 7	Mitú 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	ESPITIA	BRAYAN	ALONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vaupés 9 7	Mitú 0 0 1

41. Dirección principal: CR 15 # 5 - 5

42. Correo electrónico: brayanramirez16122006@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 6 1 0 2 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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
54. Código	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
																							57. Modo			
																							58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-10-20 / 05:13:36PM

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 RAMIREZ ESPITIA BRAYAN ALONSO

985. Cargo Contribuyente

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

* 01B 00000000 *

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-6

FECHA DE RADICACIÓN: 05 | 11 | 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO:

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Ramirez | SEGUNDO APELLIDO: Espitia | PRIMER NOMBRE: Brayan | SEGUNDO NOMBRE: Alonso

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1125470393
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] X [ ] T [ ] NB [ ] Otro Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombia
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Mito | Vaupes | Mitu
15. FECHA NACIMIENTO: 16 | 12 | 2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: Ubeo
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL: GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL:
23. AFP: Porvenir
24. IBC: 1750905
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Carrera 5 #5-15
TELÉFONO FIJO: 3177229792
TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO: brayanramirez7161220066@gmail.com
DEPARTAMENTO: Vaupes
MUNICIPIO/ DISTRITO: Mitu
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: URBANA [ ] RURAL [ ]
IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Ramirez | SEGUNDO APELLIDO: Espitia | PRIMER NOMBRE: Zaira | SEGUNDO NOMBRE: Yorleny
28. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [X] CE [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1136250422
30. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro Cual?
32. NACIONALIDAD: Colombia
33. LUGAR DE NACIMIENTO: Mito | Vaupes | Mitu
34. FECHA NACIMIENTO: 30 | 03 | 2005

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Datos complementarios del Beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN?		48. CLASIFICACIÓN SISBEN		49. DISCAPACIDAD		50. MIGRANTES RETORNADOS		51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD		SI	NO	NIVEL	GRUPO	CI	SD	SP	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO				
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. GRADO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: Brayan Ramirez
56. Tipo documento de identificación: CC [X]
57. Número del documento de identificación: 1125470393
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): Cotizante
59. Ubicación: Carrera 5 #5-15
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR: 3177229792
CORREO ELECTRÓNICO: brayanramirez7161220066@gmail.com
DEPARTAMENTO: Vaupes
MUNICIPIO/ DISTRITO: Mitu

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS- Código: ___ [ ]
6. REPORTE DE PASO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ___ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS, I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [X]
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA, [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA, [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Ramirez | SEGUNDO APELLIDO: Espitia | PRIMER NOMBRE: Brayan | SEGUNDO NOMBRE: Alonso
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X]
NÚMERO DE IDENTIDAD: 1125470393
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 16 | 12 | 2006
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 06 | 11 | 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [S]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que,por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia,y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total:
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración ausente por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos: Número Anexo:

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio: | Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

Nueva eps
gente cuidando gente
5 NOV 2026
Hora: 2:50
RECIBIDO PARA ESTUDIO
CONDICIONES INCOMPLETAS

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, Brayan Alonso Ramirez Estiva identificado (a) con RC | TI | X | CE | SC | CD | PE | PT
número 1125470393 de Nilu, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☒ NO☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI☒ NO☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☒ NO☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI☒ NO☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI☒ NO☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 312 722 9492
y/o correo electrónico: brayanramirez516122006@gmail.com
SI☒ NO☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☒ NO☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI☒ NO☐

Cordialmente,
Firma: [signature]
Tipo ID: CC No. ID: 1125470393
Fecha de Solicitud: 05/11/2026
Dirección: Carrera 5 H 5-15
Tel: 312 722 9492 Municipio: Nilu
Departamento: Yumbo
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma:
Tipo ID: No. ID:
Fecha (dd/mm/aaaa):
Dirección:
Tel: Municipio:
Departamento:
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio, quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus afiliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO SI / NO
			$ 1.750.905		

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ | Secundaria ☐ | Normalista ☐ | Profesional ☐ | Doctorado ☐ | Preescolar ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ | Técnica Profesional ☐ | Especialización ☐ | Último Grado | Básico Primaria ☐ | Media técnica (bachillerato básico) ☐ | Tecnológica ☐ | Maestría ☐ | Aprobado ____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ | Contratista ☐ | Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato: 06/11/2026 | Fin Contrato:

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación: NIT / P.A. / C.C. / T.I. / C.E. / C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA

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:

BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.125.470.393,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

MEDICO DE LOS LLANOS
FE Y SALUD

Dr. Oscar Andres Torres Ladino
Dirección: Carrera 32 N 46 - 14 Barrio el Triunfo
Cel: 310 783 8127
Correo: medicodelosllanos@gmail.com
VILLAVICENCIO



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.218

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	11 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RAMIREZ ESPITIA BRAYAN ALONSO	MASCULINO	19 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1125470393 (Número)

Cargo

GESTOR COMUNITARIO

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

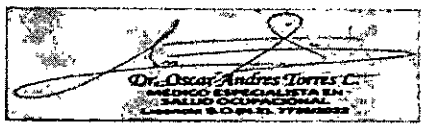
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL ✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



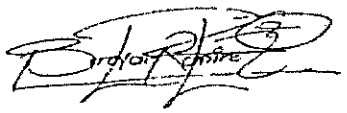
Firma:

Nombre: CC: 86062767 - OSCAR ANDRES TORRES

R. M.: 25882004 L.S.O.: 7736/2022

Código de Seguridad
C1425I1O10218

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RAMIREZ ESPITIA BRAYAN ALONSO

CC: 1125470393

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **BRAYAN ALONSO RAMIREZ ESPITIA** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 1.125.470.393** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130874000200009676** aperturada el **04 de marzo de 2025**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

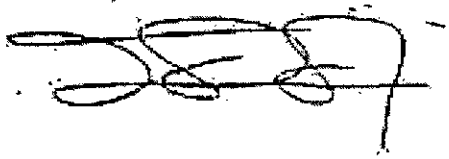
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **874009676**
10 dígitos: **0874009676**
16 dígitos: **0874000200009676**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **26** de **octubre** de **2026** a las **14:37**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado 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, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Brayan Alonso

Apellidos: Ramirez Espitia

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1125470393

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 12 Año 2006

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	908151 X3F31		Diana Sano
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19				
Otras				