

0. Bogotá D.C,

Día 30 Mes 07 Año 2021

Señora Mayor General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Hospital Militar Central
Ciudad.

ASUNTO: OFERTA DE SERVICIOS Y DECLARACIÓN JURAMENTADA

Con toda atención y respeto, me permito ofrecer mis servicios como Auxiliar de Enfermería para suscribir Contrato de Prestación de Servicios con el HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

Por otra parte, manifiesto bajo gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades que estipula el artículo 8 de la ley 80 de 1993, para realizar Contratos con Entidades Estatales.

Así mismo, autorizo al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, para que consulte la información necesaria en las bases de datos de información de diferentes entidades para el trámite de ingreso por Contrato de Prestación de Servicios.

Atentamente,

FIRMA: Alexandra Espitia A

NOMBRE: Alexandra Espitia A

CC. 39656703 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
39.656.703
ESPITIA SUPELANO

APELLIDOS
ALEXANDRA

NOMBRES

Alexandra Espitia Supelano



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1971

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1,55

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

11-DIC-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL GARCILAZ TORRES



A-1500150-00200153-F-0039656703-20091126

0018352269A 1

1320041032



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Espartero</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Supelano</u>	NOMBRES <u>Alexandra</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>39656703</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>14</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1971</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Carrera 81 # 42 FS 6 Sur</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3195843879</u> EMAIL <u>alex.7203@hotmail.com</u>

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: <u>Bachiller</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>11</u> AÑO <u>1990</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>Técnico</u>	<u>51</u>	<u>X</u>		<u>Técnico en Auxiliar de Enfermería</u>	<u>12</u>	<u>2012</u>	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar central</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>Talentohumanos@hospitalmilitar.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>18</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2018</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>AUX de Enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>TV 3#49-02</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Seiproden S.A.S</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>Sanniluzephda@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>7-02-48-01</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2016</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>26</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO <i>AUXILIAR EN Enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 127 BIS #19-25</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>SATAD</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>7026848</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>13</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2013</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>02</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2015</i>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <i>Josegomez2@saaditda.com</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 30-07-2021

Alexandra Espitia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El servicio público
es de todos

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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Alexandra		Espitia	Supelano

Documento de identificación	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐	Número 39656703

Lugar de Nacimiento			
País Colombia	Departamento Cundinamarca	Municipio Bogotá	

Lugar de domicilio			
País Colombia	Departamento Cundinamarca	Municipio Bogotá	

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 Militar Central y Hospital USS occidente Kennedy.	
Cargo o función que cumple Auxiliar de Enfermería	

Lugar de sede			
País Colombia	Departamento Cundinamarca	Municipio Bogotá	
Dirección TV 3 # 49-02 y Av 7 de Mayo # 40B-54			

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019	

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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 ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	26.400.000
Cesantías e intereses de cesantías	0
Gastos de representación	0
Arriendos	0
Honorarios	0
Otros ingresos y rentas	0
TOTAL	26.400.000

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
Ahorros	Colombia	\$ 0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
Casa	Colombia	Cundinamarca	Bogotá	\$ 85.000.000

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

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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 DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente

SI

☒

NO

☐

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Elmer cherry Castro	Conyugal	79841472

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Mamá	Gloria	Ines	Supelano	Cabezas	41473892
Hijo	Cristian	Gianni	Ariza	Espitia	1022383355
Hijo	Edgar	Jair	Ariza	Espitia	7022407491
Hijo	Jairo	Alejandro	Ariza	Espitia	1070243618

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

Instituciones a las cuales hice donaciones son:	
NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:

- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

[illegible]

Documento: CC. 39656703

Última actualización: 30/07/2021 11:14:18

1. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autorizadores lo establezcan.

2. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar a los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital Militar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.

Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.homil.gov.co

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a los datos personales, iv) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones de la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignando es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, circular 09 de 2016 de Supersalud y demás normas legales concordantes por la prevención de lavado de activos.

Bienes y recursos

Hospital Militar Central y Hospital Uss Occidente Kennedy

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación contractual o legal con HOMIL.

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad.

La consecuencia de esta autorización será a inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades de sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

4. FIRMA

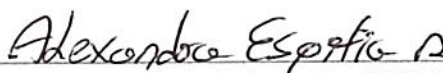
Fecha de firma 2021-07-30

Número de documento de Identificación 39656703

Huella índice

Nombre ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO

Firma



Fecha de impresión: 30-07-2021 11:15

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes the need for transparency and accountability in all financial dealings.

2. The second part of the document outlines the various methods and techniques used to collect and analyze data. It includes a detailed description of the sampling process and the statistical methods employed to interpret the results.

3. The third part of the document presents the findings of the study. It includes a series of tables and graphs that illustrate the trends and patterns observed in the data. The results are discussed in the context of the research objectives and the existing literature.

4. The fourth part of the document discusses the implications of the findings for policy and practice. It highlights the key areas where the research has identified gaps and provides recommendations for addressing these issues.

5. The fifth part of the document concludes the study by summarizing the main points and reiterating the significance of the findings. It also includes a brief discussion of the limitations of the study and suggestions for future research.



06-09-90
Rosa A. Romero C.
CC 60625
RIN 1485
Referencia



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:29:01 horas del 10/09/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 39656703

Apellidos y Nombres: **ESPITIA SUPELANO ALEXANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F-45
Zona Industrial, barrio
Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 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:
lineadirecta@policia.gov.co





HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Al contestar cte Radicado I-00003-202119554-HMC Id: 152417

Folios: 2 Anexos: 0 Fecha: 23-agosto-2021 15:05:57

Dependencia: ENFERMERIA - ENFE Origen: CAROLINA SILVA HENAO

Destino: MARIA ANDREA GRILLO ROA

Serie: 1 SubSerie: 1

Bogotá, D.C.,

Página | 1

Señora Doctora
María Andrea Grillo Roa
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad Talento Humano
Hospital Militar Central

Asunto: Entrega Carpeta Grupo Enfermería vigencia 2021-2022

Comedidamente me permito enviar a la señora Doctora Jefe de la Unidad de Talento Humano, las carpetas con la documentación para la nueva contratación de prestación de servicios vigencia 2021-2022, como Jefes de Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Camillera

Nº	Cedula	Apellidos y nombres
1	1.016.083.754	GUTIERREZ RODRIGUEZ JULIETH ALEJANDRA

Auxiliar

Nº	Cedula	Apellidos y nombres
1	1.023.959.422	BARRERA MEDINA ELIANA GISETH

Lo anterior para los fines que estime convenientes

Atentamente,

Mayor Carolina Silva Henao
Oficial Superior en Comisión Administrativa
Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Hospital Militar Central
Supervisora Contrato

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 15:30:11 horas del 10/09/2021, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39656703**,
Apellidos y Nombres **ESPITIA SUPELANO ALEXANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOMIL**, con NIT **830040256-0** 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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



10-09-2021



La seguridad
es de todos

Mindefensa



HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Al contestar cite Radicado I-00003-202113173-HMC Id: 140894

Folios: 1 Anexos: 1 DIGITAL Fecha: 10-junio-2021 11:35:08

Dependencia: UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION - UCHF Origen: LQZ

CONSUELO AGATON STERLING

Destino: CARLOS ALBERTO ALARCÓN PATIÑO

Serie: 2 SubSerie: 1

Bogotá, D.C.,

Página | 1

Señor

Coronel Carlos Alberto Alarcón Patiño

Subdirector del Sector Defensa

Subdirección Administrativa

Hospital Militar Central

Asunto: Envío Estudio de Conveniencia y Oportunidad

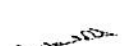
Con todo respeto se remite al Señor Coronel Subdirector Administrativo, el Estudio de Conveniencia y Oportunidad para la contratación de un (1) Auxiliar Técnico, para la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación, teniendo en cuenta la carta de terminación bilateral al Contrato de prestación de Servicios No. 0964/2020 a partir del 1 de junio de 2021, presentada por el señor Oscar David Aparicio Aparicio quién se desempeñaba en este cargo.

Agradecemos su apoyo para el trámite correspondiente a la contratación, en razón que en este momento un funcionario de planta del Área de Admisiones se encuentra en incapacidad por enfermedad y no se cuenta con personal suficiente para dar cumplimiento a los turnos de 7 por 24 los 7 días a la semana.

Atentamente,


Ingeniero José Miguel Cortés García
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección de Finanzas


Doctora. Marta Edy Ariza Mateus
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación


Elaboró: Luz Consuelo Agatón S
AASD-UCHF



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, 10/09/2021 04:30:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **39656703** y Nombre: **ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO.**

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. **25659072** . 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 Búsqueda

Imprimir

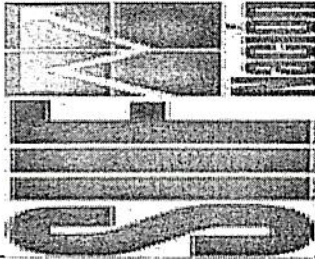
Información 5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

10-09-2021

1/1



Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad
Presupuestal - Comprobante

ESTEPHANY CRUZ SUAREZ

MHecruzs

Usuario Solicitante:

HOSPITAL MILITAR

15-19-00

Unidad ó Subunidad
Ejecutora Solicitante:

Fecha y Hora Sistema: 2021-06-17-4:44 p. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	78921	Fecha Registro:	2021-06-17	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-19-00 HOSPITAL MILITAR	Valor Actual:	0,00	6.394.500,00
Estado.:	Generado	Valor Inicial:		Valor Total Operaciones:				
ITEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO								
DEPENDENCIA	POSICIÓN CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL			
001 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	AC-05-01-02-0008-0003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TÉCNICOS		6.394.500,00					
Total:					6.394.500,00	0,00		6.394.500,00

Objeto: CONTRATACION DE UN AUXILIAR TÉCNICO- UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION

Doctora **María Andrea Grillo Roa**
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Talento Humano

Doctora **Sandra Patria Galeano Camacho**
Profesional de Defensa
Área de Selección y Contratación de Personal

Elaboró: Estephany Cruz Suárez
Auxiliar para Apoyo de Seguridad y Defensa
Área de Selección y Contratación

Coronel **Carlos Alberto Alarcón Patiño**
Subdirector del Sector Defensa
Subdirección Administrativa

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 175865568



WEB

15:30:59

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de septiembre del 2021

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) ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39656703:

NÓ REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

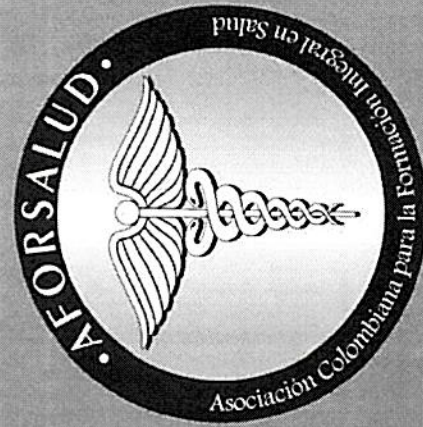
MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público

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.



10-09-2021



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

JANE ANGELICA RODRIGUEZ ROMERO

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.044.421.574**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizada el día 30 de Agosto de 2021 en Bogotá D. C, con una intensidad de
48 (cuarenta y ocho) horas.

Angie Peña

Angélica Peña
Directora Administrativa



Fabian Gomez

Fabían Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

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 viernes 10 de septiembre de 2021, a las 15:31:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39656703
Código de Verificación	39656703210910153112

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.


SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



10-09-2021
CGR

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1

EXPERIENCIA LABORAL

CAMILLERO

NOMBRE DE LA EMPRESA: Instituto Nacional de Cancerología (Gold Rh)

TELÉFONO DE EMPRESA: 3163591908

TIEMPO LABORADO: AGOSTO 2019 – FEBRERO 2021

FUNCIONES Y LOGROS: Traslado de pacientes a sus respectivos exámenes a realizar y o sus respectivos servicios de origen transporte insuños, muestras y hemocomponentes todo esto generándole un buen trabajo y servicio personalizado al paciente.

CAMILLERO

NOMBRE DE LA EMPRESA: Clínica del Occidente

TELÉFONO DE EMPRESA: 4254620

TIEMPO LABORADO: FEBRERO 2019 – MAYO 2019

FUNCIONES Y LOGROS: Traslado de pacientes a sus respectivos exámenes a realizar o sus respectivos servicios de origen transporte insuños, muestras y hemocomponentes todo esto generándole un buen trabajo y servicio personalizado al paciente.

CAMILLERO

NOMBRE DE LA EMPRESA: Hospital Universitario Clínica San Rafael

TELÉFONO DE EMPRESA: 3282300

TIEMPO LABORADO: ENERO 2016 – DICIEMBRE 2018

FUNCIONES Y LOGROS: Traslado de pacientes a sus respectivos exámenes a realizar o sus respectivos servicios de origen transporte insuños, muestras y hemocomponentes todo esto generándole un buen trabajo y servicio personalizado al paciente.

REFERENCIAS PERSONALES

MAURICIO BARAJAS

EMPLEADO

Teléfono: 3132311444

CLAUDIA TORRILLOS

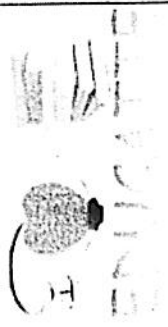
EMPLEADA

Teléfono: 3142395720

CED

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE

MATRICULA: 03036909



CERTIFICA

QUE: **ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO**

CC. 39.656.703 De Bogotá

CURSO Y PARTICIPO (40 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE ENTRENAMIENTO ACTUALIZADO EN SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Taller práctico realizado el 23 de Mayo de 2020; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal con una validez de 2 años


CRISTEL VILLALOBOS
DIRECTORA


ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

CORREO: estudioseducatte@hotmail.com WhatsApp: 311 803 23 26



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica *Alexandra Espitia Supelano*

c.c. 39656703 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2021-10-22

Fecha de vencimiento: 2023-10-22



FUNDACIÓN NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad

de su certificado en la página

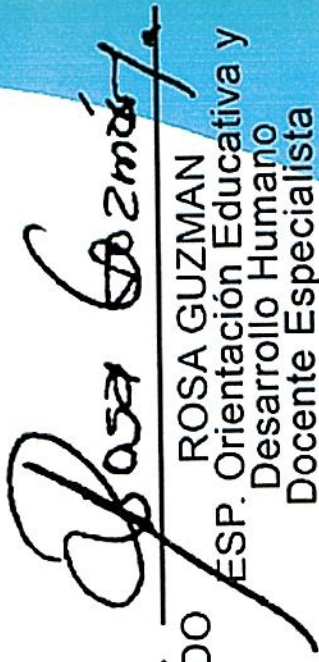
www.fundacionnuestrañoradelaesperanza.org



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cédula de Ciudadanía	39656703		

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2021-09-10--12:21:29 PM -2021-09-10-
PM -2021-09-10--12:32:01 PM -2021-09-10--12:35:20 PM -
10--12:44:53 PM -2021-09-10--12:47:54 PM -2021-09-10--
PM -2021-09-10--12:57:53 PM -2021-09-10--1:01:37 PM -
10--1:07:30 PM -2021-09-10--1:11:03 PM -2021-09-10--1:
-2021-09-10--1:22:03 PM -2021-09-10--1:25:01 PM -20
10--1:57:56 PM -2021-09-10--2:01:23 PM -2021-09-10--2:
-2021-09-10--2:11:24 PM -2021-09-10--2:14:01 PM -20
10--3:19:30 PM -2021-09-10--3:22:22 PM -2021-09-10--3:

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido
CC	39656703	ALEXANDRA		ESPITIA

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional d
39656703 registra La siguiente in

2021-09-10--3:31:32 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora	La in
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2013-02-28	2137	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	Salu salud

(Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la pro



10-09-2021

JHON JAWER REYES DUARTE
C.C 79.901.065 DE BOGOTA
CEL: 3138213065

[Handwritten signature]

EDNA REYES
HOGAR
Teléfono: 3214601202
ICSORA REYES
ASESORA COMERCIAL
Teléfono: 3115449553

REFERENCIAS FAMILIARES



MinSalud

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres

ALEXANDRA

Apellidos

ESPATIA SUPELANO

Documento
de identidad

C.C. X.I.

Pasaporte

No.

39656703

Fecha de
Nacimiento

Día

14

Mes

06

Año

1971

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Rubéola	1			
Toxoide tetánico	2			
Diférico	3			
Td	4	2/09/11		
	5	8/01/14	024110158	
	1	08 ENE 2014	1431012	
Contra Hepatitis B	2	08/02/2014		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14774498916



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 9 6 5 6 7 0 3

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente
Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento
Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación
3 9 6 5 6 7 0 3

27. Fecha expedición
1 9 8 9, 1 2, 1 1

Lugar de expedición 28. País
COLOMBIA 1 6 9

29. Departamento
Bogotá D.C. 1 1

30. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido
ESPITIA

32. Segundo apellido
SUPELANO

33. Primer nombre
ALEXANDRA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País
COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento
Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal

CR 81 42 F SUR 50 MZ 10 LT 29

42. Correo electrónico alexa.7203@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 9 5 8 4 3 8 7 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal 46. Código 47. Fecha inicio actividad 48. Código 49. Fecha inicio actividad

8 6 9 2 2 0 1 3, 0 1, 0 1 8 6 9 9 2 0 1 3, 0 1, 0 1

Otras actividades 50. Código 1 2

Ocupación 51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

¡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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2021 - 07 - 30 / 11 : 42: 36

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Alexandro Espitia

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ESPITIA SUPELANO ALEXANDRA

905. Cargo CONTRIBUYENTE



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO identificado(a) con CC 39656703 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 20/03/2019

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 30 días del mes de julio del año 2021.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Cesantías Protección

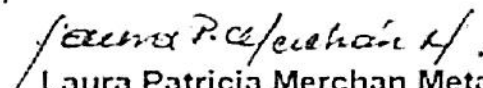
NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO** identificado(a) con CC número **39.656.703** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 10 de febrero de 2011.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de julio de 2021.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99

Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000

www.proteccion.com

202107300844

Simple

Fecha creación reporte: 2021-07-08, 08:46:25 AM

Tipo Planilla:

PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1038213571

Período Cotización: junio de 2021

Período Servicio: junio de 2021

Referencia pago (PIN): 8644829490

PAGADO 08/07/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO	Dirección	KR 81 42F 50 SUR
Documento	CC399656703	Teléfono	3195843879
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	
Representante Legal			
Total Afiliados	1	ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado										Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Identificación	Apellidos y Nombres			Tipo	Subtipo	NO	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VOR	VSE	LMA	VAC	AVP	VCT	RRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF	Administradora	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SICUA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
CC 399656703	ALEXANDRA ESPITIA SUPELANO			59	00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min. Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 0	\$ 145.400	\$ 113.600	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.200	\$ 0	\$ 281.200

