Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**		**Nº FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Maryi Tatiana Cruz Rodriguez		**DOCUMENTO:**	52772612	
TELEFONO			**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	TEDARENTA FISICA	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	SI	X	NO	
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		NO	
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		NO	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	X		
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X		
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X		
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	X	N/A	
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A	
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	NO	
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI		N/A	X
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A	
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	X	N/A	
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	X		
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 86 92 FECHA _____	SI			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X		
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI		N/A	X
14	TARJETA PROFESIONAL	SI		N/A	
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	X	N/A	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	X	N/A	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)	SI		N/A	X
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	X	N/A	
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X		
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI		N/A	X
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI		N/A	X
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI		N/A	X
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI		N/A	X
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI		N/A	X
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI		N/A	X
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	X		
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: COMPENSAR	SI	X		
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: PORVENIR	SI	X		
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: SEGUROS BOLIVAR	SI	X		
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	X		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Proceso Solicitante		**Fecha:**	
Vº/Bº Talento Humano:		**Fecha:**	
Vº/Bº Contratación:		**Fecha:**	

70 60

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL

CÓDIGO: AP-TH-FT-012
VERSION: 04
FECHA: 2018-07-10

FECHA	2018	08	10	

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (area- servicio o dependencia)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	NÚMERO DE PERSONAS REQUERIDAS	PERFIL U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD
UPSS SANTA CLARA	HOSPITALIZACION	DRA. ESNEDA ROCHA	UNA	TERAPEUTA FISICA

2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
TERAPEUTA FISICA	TERAPEUTA FISICA	PROFESIONAL	0-2 AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 15.600	192	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO : PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DURACIÓN: 1 MES.

JUSTIFICACION: Con el objeto de garantizar la continuidad en la prestacion de los servicios hospitalarios como Terapeuta Fisica de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE E.S.E; servicios debidamente habilitados y ofertados por la unidad segun la capacidad instalada y demanda de usuarios, propendiendo por la cobertura de los servicios dentro de un marco de calidad.

1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.

2.Realizar evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico.

3.Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.

4. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.

5. Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.

6. Realizar la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.

7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.

8. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.

9.Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.

10. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.

11. Direcccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.

12. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.

13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.

14.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.

15. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.

16. Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales.

17. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

NOTA: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, en caso contrario será devuelta la solicitud. Las firmas deben ser recogidas en el siguiente orden: Responsable del requerimiento, Profesional Especializado de Talento humano, Subgerente y Ordenador del gasto

5. APROBACION DE LA SOLICITUD

FIRMA RESPONSABLE	
Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial	**FIRMA ORDENADOR DEL GASTO**

El suscrito Director Operativo del área de talento humano certifica que en la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. se cuenta con el personal suficiente y/o requerido para el desarrollo de las actividades y objeto señalados en la presente solicitud.

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÓN

RECIBIDO POR:		FECHA DE RECEPCIÓN	AÑO	MES	DIA
CARGO		CONSECUTIVO CONTRATACIÓN			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☐ NUEVO:	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR SI ☐ NO ☐	
	2. CONVENIO:_____	

☒ X REEMPLAZA A:	NOMBRE: JAIME EDSGARDO HERNANDEZ SANABRIA. CÉDULA: 80.234.277 NÚMERO DE CONTRATO: PS 4163 2018	Daniela VoBo Presupuesto (Liberación de saldo)	Yanessa VoBo Contratación (Presentacion novedad)

☐ **NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:**

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Maryi Tatiana Cruz Rodriguez,

Maryi Tatiana Cruz Rodriguez con el Número de documento 52772612 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga click aquí para continuar >

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cruz	Rodriguez	Mayi Tatiana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52772612.

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 11 AÑO 1979

PAÍS: Colombia.

DEPTO: Cundinamarca.

MUNICIPIO: Bogotá.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 70C #1-72 BLG. DPT. 403.

PAÍS Colombia. DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3228841107. EMAIL tatianacruz15@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1996

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	4	X		Especialista en Gerencia salud ocupacional	07	2010	52772612
UN	9	X		profesional en Fisioterapia	06	2002	57772612

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 - EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*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*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
AXA - asistencia IPS - programa Acompañarte.		X	colombia.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
cundinamarca.	Bogotá.	—

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6444499, 3187171255	DÍA 01 MES 02 AÑO 2010	DÍA 02 MES 05 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Especialista en adherencia.	Salud.	KR. 65 #81-28.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital la victoria Sede materno infantil.	X		colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
cundinamarca	Bogota	—

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3675766 - 3620033	DÍA 01 MES 06 AÑO 2007	DÍA 30 MES 05 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Fisioterapeuta.	Salud.	KR 10.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
clinica videlmedica.		X	colombia.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
cundinamarca	Bogotá.	videlmedica@etb.net.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6915870.	DÍA 24 MES 11 AÑO 2005	DÍA 24 MES 03 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Fisioterapeuta.	salud.	KR28 #94D - 13

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	15	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	7

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).

Bogotá Agosto 24/18

TATIANA CRUZ.

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO. Maryi Tatiana Cruz Rodriguez

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 52772612. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá.

DIRECCIÓN KR 70 C # 1-72 BL 6 APT 403 TELÉFONOS 3911785 - 3228841107.

MUNICIPIO BOGOTA | DEPARTAMENTO BOGOTA DC | PAÍS COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Jeronimo Suarez Cruz	1016915154	Hijo.

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	2'568.000.
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	2.568.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	5'136.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	ahorros	70965859178	Cl. 100.	19.700.000.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Apartamento.	50C1297075.	180.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BBVV.	Hipotecario.	27.000.000.
Compensar.	Libranza	4.000.000.

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

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
SOCIEDA COLOMBIANA DE NEUMOLOGIA	NUEMORO

c) En la actualidad SI [X] NO [ ] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No
John James Suarez Arenas	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	79.537.240

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

3. FIRMA

x Tatiana Cruz.
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogotá, Agosto 24/18
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DISTRITAL KENNED

APROBADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE SANTAFE DE BOGOTA, D. C. SEGUN RESOLUCION No. 3308 DEL 13 DE JULIO DE 1.994

CONFIERE A

Maryi Tatiana Cruz Rodríguez

T.I. No. 791115-10836 de Santafé de Bogotá D.C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SANTAFE DE BOGOTA, D. C. 29 DE noviembre DE 1.996

REGISTRO INTERNO

ACTA No. 19 FOLIO No. 73



FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

" U M B "

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Margi Tatiana Cruz Rodriguez

C.C. No. 52'772.612 Santafé de Bogotá, D.C.

EL GRADO

Profesional en Fisioterapia

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA,

A LOS 07 DIAS DEL MES Junio DE 2002

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Real Cédula del 31 de diciembre de 1651
Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007
FACULTAD DE MEDICINA

Por cuanto **Maryi Tatiana Cruz Rodriguez** C.C. Nº 52'772.612 de Bogotá D.C.
Egresado de la Universidad *Fundación Universitaria Monde lo Beltrán*
en virtud del convenio (Resolución 35061 de septiembre 25 de 1995), ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confieren el título de

Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional

Registrado bajo el Nº 29522 Folio 38 Libro 26 y refrendado por el Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dos (2) días del mes de julio de dos mil diez (2010)

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Rector de la Universidad CES

El Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Decano de la Facultad de Administración

El Decano de la Facultad de Medicina

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 459 LIBRO No. 4 FOLIO No. 021

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

C.C.No. 52.772.612 SANTAFE DE BOGOTA. D.C

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS DIAS DEL MES DE 06 DE 2002

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

No. 7118

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653

Personería Jurídica Res. 58 de 16 de Septiembre de 1895. expedida por el Ministerio de Gobierno

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
Programa de **ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL**

Acta individual de Grado No. 51022

En la ciudad de Bogotá D.C., el día dos (02) de Julio de dos mil diez (2010) siendo las 16:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título profesional de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL

a

MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 52772612, quién cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 990, registrado bajo el No. 29522 del libro No. 26 folio 38.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado firmada por:

NOHORA PABÓN FERNÁNDEZ	VICERRECTORA
LUIS FERNANDO RESTREPO PUERTA	DECANO
JOHN ALEXANDER RUEDA PRIETO	SECRETARIO ACADÉMICO

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los dos (02) días del mes de Julio de dos mil diez (2010).

JOHN ALEXANDER RUEDA PRIETO
Secretario Académico

LUIS ENRIQUE NIETO ARANGO
Secretario General

JellyJob
Right people in the right Job

Certificado de Asistencia

MARYI TATIANA

CRUZ RODRIGUEZ

Ha participado en la capacitación:

"Herramientas prácticas para manejar asertivamente conversaciones difíciles"

Realizada el día 08 de Marzo del 2017 en la ciudad de Bogotá – Colombia

Con una intensidad horaria de 4 Horas.

JellyJob
Right people in the right Job
Nit 900.886.256-5

Angélica María González Torrado
Consultora Especializada

acompañarte

El programa:

Acompañarte

Otorga la presente constancia a:

MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

Por su participación en la capacitación: "Entrenador de cuidado - Humira"

Impartida el 20 de enero de 2017 en la Ciudad de Bogotá

Luisa M. Tobón

Luisa María Tobón Castrillón
Promotora en salud
Acompañarte

Luisa Fernanda Gallego Peláez
Supervisora de Humira
Acompañarte

FUNDACIÓN Cayre
PARA LA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorga el presente Certificado

TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

Por su asistencia y participación en el **VII SIMPOSIO FUNDACIÓN CAYRE**
"INNOVACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO Y PEDIATRICO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS"
realizado los días 24 y 25 de abril de dos mil quince (2015), con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veinticinco (25) días del mes de abril de dos mil quince (2015).

C Latorre M.

Dra. María Constanza Latorre
Director Científico
Fundación CAYRE

Diana Maria Gutierrez C.

Dra. Diana Maria Gutierrez Castellanos
Directora
Educación Continuada

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

DERMOCELL®

TECHNOLOGIES

CERTIFICA QUE:

TATIANA CRUZ RODRIGUEZ.

Ha recibido una completa capacitación científica y práctica para el manejo del equipo Dermocell en tratamientos de " ELECTROESTIMULACIÓN "

FABIO ROJAS VILLAGRAN
Presidente

CAROLINA ROJAS
Gerente General

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Instituto de Formación para el trabajo y Desarrollo Humano
Resolución No. 10-005 Enero 20/2010

HACE CONSTAR

Que: *MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ*

Participó en

TALLER BASICO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS E INYECTOLOGIA PARA LA COMUNIDAD

Con una duración de *16* **horas**

Validez por dos años

Dirección Seccional de Docencia

CDM1-001-06-15

Código No. *070*

30 y 31 de julio de 2011

Bogotá, D.C. _____

Acta No. _____

FUNDACIÓN SURCOS

CERTIFICA

QUE: MARYI CRUZ RODRIGUEZ

Asistió al I SEMINARIO TALLER DE NEURO-REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL realizado en Bogotá, Colombia los días 11 y 12 de septiembre de 2009. Con una intensidad horaria de Catorce (14) horas presenciales.

Angélica Ospina Castro
Directora General

Carlos Galeano
Director Administrativo

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

RESOLUCIÓN No. 4974 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

Certifica que:

Maryi Tatiana Cruz Rodríguez

Documento de Identidad No.52772612

Cursó el Diplomado

"Intervención Terapéutica en el Área Estética"

Realizado del 07 de Marzo al 06 de Junio de 2008.
con una duración de 120 horas.

FT. CLAUDIA ROCÍO LÓPEZ CASTRO
Coordinadora de Investigación Formativa en Salud

DRA. LUZ MIRYAM BARRERO DE GONZÁLEZ
Vicerrectora de Investigaciones

Se expide en Bogotá D.C. a los 07 días del mes de Junio de 2008

Seminario

MOXAS CHINAS



Taller

ACUPUNTURA
AURICULOTERAPIA
MANEJO RÁPIDO DEL DOLOR
QUIROPRAXIS
MANO TERAPIA
COREANA

CENTRO INTERNACIONAL
TERAPIAS CHINAS

Certifica que

Tatiana Cruz Rodriguez

ASISTIÓ AL SEMINARIO - TALLER TERAPIAS ORIENTALES
EDUCACION NO FORMAL

Director: Carlos Valencia

Bogota D.C.Mayo 04 de 2008

HOSPITAL LA VICTORIA E.S.E III NIVEL
SERVICIO DE REHABILITACION

HACE CONSTAR QUE:

TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

PARTICIPO EN LA CUARTA JORNADA DE ACTUALIZACION
EN CALIDAD DE ASISTENTE CON INTENSIDAD DE 5 HORAS.

LUIS GERARDO CANO VILLATE
Gerente

EDUARDO MAURICIO CUBEROS M.
Subgerente de servicios de salud.

BOGOTA, MAYO 30 DE 2008

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

RESOLUCIÓN No. 4974 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

CERTIFICA QUE:

Maryi Tatiana Cruz Rodríguez

Participó en la Jornada de Actualización
"Ley de Talento Humano en Salud y Competencias Laborales"
con una intensidad de 4 horas
Realizada el 4 de Abril de 2008 en Bogotá



Decanatura Facultad de Salud

Dirección de Programa

III JORNADA DE ACTUALIZACION EN REHABILITACION

HACE CONSTAR QUE:

TATIANA CRUZ

PARTICIPO EN CALIDAD DE EXPOSITOR DE LA III JORNADA DE ACTUALIZACION EN REHABILITACION

BOGOTA , OCTUBRE 5 DE 2007.

Dr. LUIS GERARDO CANO VILLATE
Gerente

Dr. EDUARDO M. CUBEROS MORALES
Subgerente Servicios de Salud

Bogotá sin indiferencia

N° 1514

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Certifica que el Doctor:

Tatiana Cruz Rodríguez

con C.C. "52,772,612"

Asistió al curso de:

TERAPIA NEURAL

Dictado por esta institución los días 27, 28 y 29 de Abril de 2006 Bogotá, Colombia

Este curso otorga créditos correspondientes a una actividad horaria académica de 15 horas.

Director del Curso

Coordinador Cursos
Semipresenciales a Distancia



PNC POWER NUTRITION CENTER

Hace Constar Que:

TATIANA CRUZ RODRÍGUEZ

Asistió al Seminario Nacional Actualización Guias (ACSM) del Colegio Americano del Deporte sobre Poblaciones Especiales

Dado a los veinte (20) días del mes de mayo del año 2006

Wilson Martinez Varela
Médico Cirujano - Nutrición Deportiva

Luis Hebert Palma
Representante - Power Nutrition Center

POWER PROTEIN NUTRITION SHAKE

PNC POWER NUTRITION CENTER

POWER GAIN NUTRITION WEIGHT

Francisco's

CERTIFICAN

Que: **TATIANA CRUZ R.**

Asistió al:

1er. Congreso Internacional de Rehabilitación Integral

Intensidad **40 horas** Bogotá D.C., Julio 27, 28 y 29 de 2006

Coronel Médico JUAN MIGUEL ESTRADA
Decano Facultad de Medicina
Universidad Militar Nueva Granada

GUSTAVO MALAGON LONDOÑO
RECTOR
Institución Universitaria
Escuela Colombiana de Rehabilitación

VIDELMEDICA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS

ICONTEC

CERTIFICADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Código No. 3398-1

Prestación de servicios médicos y quirúrgicos en cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatales en tercer nivel de atención y cuarto de complejidad. NTC- ISO 9001:2000

HACE ENTREGA A:

Mary Tatiana Cruz

C.C. 52,772,612

En reconocimiento a la dedicación, amor y compromiso en la obtención de la
CERTIFICACIÓN ISO 9000:2000 - NTC - ISO 9001:2000
otorgada a **VIDELMEDICA INTERNACIONAL S.A.**
el dia 26 de octubre de 2005
Intensidad de la capacitación 240 horas

ELIZABETH DELGADO R.
Gerente General

DANIEL NUÑEZ C.
Director Garantía de Calidad

HELBERTH SANCHEZ SUAREZ
Subgerencia Médica

Dado en Bogotá D.C., A los 24 días del mes de noviembre de 2005

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Manuela Beltran.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Maryi Tatiana Cruz Rodriguez. en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

profesional en Fisioterapia.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma TATIANA CRUZ.

No. de documento: 52772612.

Tarjeta profesional No: 52772612.

Dirección de contacto: KR 70C # 1-72 BL 6 Apt 403.

Teléfono: 3911785 - 3228841107.

AXA ASISTENCIA IPS
reinventando / los servicios

EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS & ADMINISTRATIVO DE
AXA ASISTENCIA IPS S.A.S.
NIT 830081501 - 6

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52772612 de Bogotá, laboró en nuestra compañía con un contrato a término indefinido desde el día primero (1º) de Febrero de 2010 hasta el día dos (025) de Mayo de 2018, desempeñándose como **ESPECIALISTA EN ADHERENCIA,** con un salario mensual de DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA & OCHO MIL PESOS M/CTE ($2'568.000). Motivo del retiro MUTUO ACUERDO.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el dos (02) de Mayo de 2018.

Atentamente,

ASISTENCIA IPS
RECURSOS HUMANOS

YADY OSMANY CARRERO GALEANO
Ejecutivo de Recursos Humanos

c.c. Hoja de vida

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

LA JEFE DE LA OFICINA JURIDICA DEL HOSPITAL LA VICTORIA CON NIT 800197177-2, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

HACE CONSTAR

Que **MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ** identificada con cédula de ciudadania 52.772.612 de Bogota, se encuentra vinculada en nuestra Institución, mediante la suscripción de las siguientes Ordenes de Prestación de Servicios:

- O.P.S No. 874/07, 1812/07 y 343/08 como FISIOTERAPEUTA, desde el 01 de Junio de 2007, hasta el 31 de Octubre de 2008, con honorarios promedio mensuales de SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS ($799.968. 00) MCTE., acorde con los términos contractuales.
- O.P.S No. 252/09, como TERAPEUTA FISICA, desde el 01 de Enero de 2009 con honorarios promedio mensuales de OCHOCIENTOS TREINTA MIL SESENTA Y DOS PESOS ($830.062.00) MCTE., acorde con los términos contractuales.

Esta no constituye certificación de cumplimiento o paz y salvo y se expide a solicitud del interesado a los Ocho días de Junio de dos mil Nueve (08-06-2009).

Para confirmación de datos comunicarse al teléfono No. 206 55 91

Cordialmente,

ALBA LUCIA USA MORENO
Jefe Oficina Juridica

Elaboró: John Alvarez, Tecnico de Contratación

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA
DE VIDELMEDICA INTERNACIONAL S . A.
NIT: 830021130-0

HACE CONSTAR:

Que la Señorita MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ , identificada con cedula de ciudadanía No 52.772.612 de Bogota , presta sus servicios como FISIOTERAPEUTA en el área asistencial en UCI adultos, mediante el siguiente **CONVENIO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS** así:

Desde el día 24 de Noviembre de 2.004 y fecha limite de ejecución de la actividad el 23 de Febrero de 2.005.

Desde el día 24 de Febrero de 2.005 y fecha limite de ejecución de la actividad el 23 de Agosto de 2.005.

Desde el día 24 de Agosto de 2.005 y fecha limite de ejecución de la actividad el 23 de Febrero de 2.006.

Desde el día 13 de Marzo de 2.006 y fecha limite de ejecución de la actividad el 12 de Marzo 2.007.

Desde el día 13 de Marzo de 2.007 y fecha limite de ejecución de la actividad el 12 de Marzo de 2.008.

Desde el día 13 de Marzo de 2.008 y fecha limite de ejecución de la actividad el 12 de Marzo de 2.009.

Desde el día 24 de Marzo de 2.009 y fecha limite de ejecución de la actividad el 23 de Marzo de 2.010. El valor total del convenio es de : **DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M /CTE ($ 17.400.000).**Los cuales se pagaran en montos mensuales de acuerdo ala ejecución de la actividad.

Se expide a solicitud del interesado en Bogota ,hoy primero (01) de Junio de dos mil nueve (2009).

Atentamente

ESPERANZA DELGADO RIVERA
Subgerente Administrativa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.772.612**

CRUZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARYI TATIANA

NOMBRES

Tatiana Cruz.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-ENE-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209478-F-0052772612-20100118 **0020**035091A 1 1990109303

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14478785951

(415)7707212489984(8020) 000001447878595 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 7 2 6 1 2	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 7 7 2 6 1 2	1 9 9 9 0 1 2 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	RODRIGUEZ	MARYI	TATIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 70 C 1 72 BL 6 AP 403

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
tatianacruz15@hotmail.com		3 9 1 1 7 8 5	3 2 2 8 8 4 1 1 0 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 3 0 8 0 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 8 2 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CRUZ RODRIGUEZ MARYI TATIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 22-08-2018 11:48:00AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:23/08/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 52772612	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 70C 1 72 IN 6 AP 403 Teléfonos: 4106103

Dirección electrónica: tatianacruz15@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: NO REGISTRA Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1:

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
EXP
11-07-2007
CC
SALUD
PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA
TATIANA CRUZ R.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
MANUELA BELTRÁN
¡La Universidad del Futuro!

Personería Jurídica No. 18.778 de Diciembre 15 de1992
MINEDUCACIÓN

REGISTRO PROFESIONAL No 007099

LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN – UMB- CON PERSONERIA JURIDICA 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL CERTIFICA QUE :

MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
C.C No 52.772.612 SANTAFE DE BOGOTA, D.C

MEDIANTE ACTA No. 459 LIBRO 4 FOLIO 021 DIA 07 DE JUNIO DE 2002 RECIBIO EL TITULO DE :

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 007099 DÍA 19 DE JUNIO DE 2002

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Vigilancia y Control de la Oferta

RESOLUCION No 12847 de 29/12/2010

"Por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Salud Ocupacional"

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en el articulo primero de la Resolución 002318 de 1996 del Ministerio de Salud y en especial por las que le confiere la Resolución 001429 del 19 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ, identificado(a) con CC No. 52.772.612 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para la Prestación de Servicios en Salud Ocupacional;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el Artículo Tercero de la Resolución No 02318/96 del Ministerio de Salud,

Que en mérito a lo expuesto y de conformidad con la resolución No 02318/96 expedida por el Ministerio de Salud, en sus artículos 6, 7, 8 y 9;

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Salud Ocupacional a MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC No. 52.772.612 de BOGOTA D.C. como PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La prestación de servicios en Salud Ocupacional será en las siguientes áreas:

1. INVESTIGACION.
2. CAPACITACION Y EDUCACION.
3. DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DE PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL.
4. TERAPIA FISICA OCUPACIONAL.

Continuación de la Resolución No 12847 del 29/12/2010 por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios en Salud Ocupacional.

ARTICULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años contados a partir de la fecha de la expedición de la presente Resolución, es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando la persona natural o Jurídica modifique alguna de las condiciones presentadas en el momento de obtener la licencia, deberá informar en el término de un mes, ante Vigilancia y Control de la Oferta sobre los cambios o modificaciones realizadas, para hacer los ajustes necesarios. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El interesado deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia contenida en la Resolución Ministerial 002318/96.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente a MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ, e informarle que contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, éste último ante el Ministerio de la Protección Social, de los cuales podrá hacer uso, dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación.

ARTICULO SEPTIMO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 29/12/2010

BERNARDO A. CAMACHO RODRIGUEZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud (E)

Elaboró: MARÍA EUGENIA LADINO/iCVP
Revisó: MÓNICA ANDREA MÓRENO CÁCERES
Aprobó: MARTHA JUDITH FONSECA SUÁREZ

Bogotá, DC 02-12-2011.
A la fecha notifiqué personalmente
al señor (a) TATIANA CRUZ R.
CC. #. 52772612 BTA.
Res # 12847 fecha: 29-12-2010
Firma TATIANA CRUZ

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 52772612

Primer Nombre *: MARYI

Primer Apellido *: CRUZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-08-22→8:29:31 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52772612	MARYI	TATIANA	CRUZ	RODRIGUEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 52772612] MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

2018-08-22→8:29:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Fisioterapia	2002/6/21	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maryi Tatiana

Apellidos: Cruz Rodriguez

Documento de identidad: C.C. ✗ T.I. Pasaporte No. 52772612

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1		boostrix™ LOT/EXP:	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	19 JUL. 2017	D2299 91 AC378Z146 04-2018	compensar
	2	24 AGO. 2017		
	3	26 FEB 2018	2215013164 25 119	
	4	FC - 26 - 2019		
	5			
Contra Hepatitis B	1	22 AGO. 2018	143403A 02	Adriana Rodríguez
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				compensar
Contra Influenza		19 JUL. 2017	VSOE1705	Andrea Ruiz
Virus de Papiloma Humano				

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL SEMESO

Dr. JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro.10521868 Licencia. 15344-12-27

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA:

(En cumplimiento de lo estipulado en la NTC 4115 y las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012)

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		ESP.CONFINADOS		TRAB. ALTURAS		MAN. ALIMENTOS	

FECHA: 24/08/18	**CC: 52.772.612**
NOMBRE: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ	**SEXO: FEMENINO**
EDAD: 38 AÑOS	**CARGO: FISIOTERAPEUTA**
EMPRESA: HOSPITAL DE SANTA CLARA	**NIT:**



Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	SI/NO	RESULTADOS
MEDICO OCUPACIONAL	**SI**	**NORMAL**
AUDIOMETRIA	**NO**	
VISIOMETRIA	**NO**	
ESPIROMETRIA	**NO**	
OSTEOMUSCULAR	**SI**	**NORMAL**

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA: **NO**			GLICEMIA:	**NO**	mg/dl	SEROLOGIA:		**NO**			
COLESTEROL TOTAL:	**NO**	mg/dl		HDLC:	**NO**	mg/dl	LDLC:		**NO**	mg/dl	
TRIGLICERIDOS:	**NO**	mg/dl		FROTIS FARINGEO	**NO**		KOH DE UÑAS:		**NO**		
COPROLOGICO: **NO**											

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	**X**		**NO APTO**	
APTO CON RESTRICCIONES			**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**	
EGRESO: SIN ENF LABORAL			**POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL**	

TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA.

RECOMENDACIONES GENERALES

INDUCCION AL CARGO, USO DE ELEMENTOS PERSONALES DE PROTECCION, PAUTAS DE AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS, ERGONOMIA Y CONTROL DE ESTRÉS LABORAL, CHARLAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO Y EL ACOSO LABORAL U OTROS HOSTIGAMIENTOS. MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS/ REMISIONES

MANTENER CONTROL CON ENDOCRINO POR SU EPS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: AUTORIZO A EL (LA) DOCTOR (A) MENCIONADO (A) EN EL PRESENTE DOCUMENTO A REALIZAR EN MI EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES), REGISTRADO (S) EN ESTE CERTIFICADO. ASI MISMO DECLARO QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y EL PROPOSITO DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES) CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE. RESOLUCIÓN 2346/2007. ART 10 Y RESOLUCIÓN 1918/2009 Y NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD. HE RECIBIDO, COMPRENDIDO Y TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES). APARTIR DE LA ASESORIA PRESTADA ANTES DE LA RESPECTIVA TOMA DE LAS PRUEBAS; ENTIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTA (S) PRUEBA (S) ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO ANTES DE QUE SE REALIZARA EL (LOS) EXAMEN (S). FINALMENTE AFIRMO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES Y CONCEPTO LABORAL DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTANDO ADEMAS QUE ESTE EXAMEN NO TIENE VALIDES PARA LICENCIA DE CONDUCCION AUTOMOTRIZ, NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

AUTORIZACION DE TRATO DE INFORMACION: SEMESO, COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION, MANIFIESTA QUE NO COMPARTIRA, NI ENTREGARA A TERCEROS NO AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR EL TITULAR, LA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL, MEDICA, O DE CUALQUIER INDOLE, ENTREGADA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO. EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581/2012, PARA LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES, LA LEY ESTATUTARIA 1266/2008, CON LAS DISPOSICIONES GENERALES DEL HABEAS DATA Y LA REGULACION DEL MANEJO DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS PERSONALES. SOLAMENTE EL USUARIO AUTORIZA A QUE SEA CONOCIDO Y COMPARTIDO EL CONCEPTO LABORAL PRESENTE EN LA NATURALEZA DEL MISMO DOCUMENTO. AUTORIZO A SEMESO PARA QUE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADOS EN LA LEGISLACION VIGENTE Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA (Resolución 6398/91), LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO, PARA EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OUPACIONAL. POR ULTIMO MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

Dr. Jorge E. Betancourt P.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro 10521868
Lic: 15344-12-27

TATIANA CRUZ
FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR
C.C. 52772612.

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN "FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Maryi Tatiana Cruz Rodríguez*

Asistió al curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)

Con una intensidad de 100 horas

Nancy Galindo Gomez
Coordinadora

GERMAN VICENTE ROZO TOBAR
Enfermero Profesional
CC.80.366.496 de Bogotá

Ponente

Bogota, D.C. *Agosto 28 de 2018*

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	22-08-18	CIUDAD:	Bogotá.	DEPARTAMENTO:	Bogotá.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Cruz	Rodriguez	Maryi	Tatiana.		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52772612	Bogotá.	27-01-1999.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
15-11-79	Bogotá.	colombia.	Colombiana

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒	VIUDO(A) ☐	Hijo	1	3228841107

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☒	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL: Fisioterapeuta	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 70C # 1-72.	Bogotá.	Bogotá.	colombia.	3911785

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
tatiana0cruz15@hotmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Suarez	Arenas	John.	James

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79537240	Bogotá.	01-03-1989.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ ☐		NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☒	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:		
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . . ☐			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		8692
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS	19.700.000	SALDO HIPOTECA	22.000.000
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	950.000	PROPIEDADES	180.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	3000000=	OTROS EGRESOS*	800.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	4.000.000
TOTAL INGRESOS	3000000	TOTAL EGRESOS	2550000	TOTAL ACTIVOS	199700000	TOTAL PASIVOS	28000000.

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	credito libranza.		credito libranza.

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Marin.	Ducua.	Sara	Marcela.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	cundinamarca.	Amiga.	3108836924.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA.	Hipotecario	960006890l	Modelia.	3808146.

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
	(Hipotecario)	(960006890l)			

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Trabajo como terapeuta física

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

TATIANA CRUZ

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.772.612 , se encuentra en Protección Laboral en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa AXA ASISTENCIA IPS SAS NIT 830081501, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20100203	20180831

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
JERONIMO SUAREZ CRUZ	HI	1016915154	RC	20171031	20180831	Protección Laboral	35

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Agosto de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE LABORAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PATRICIA MARIA MANOTAS
10015125

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefonica - 444 1234
www.compensar.com

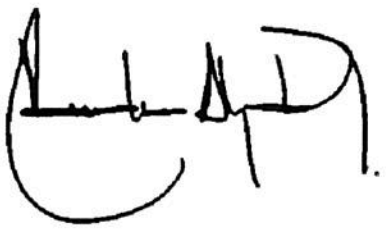
porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,772,612**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Agosto de 2018.



Gerente de Clientes

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52772612	Bolívar
Numero de Documento	ARL

Manji	Tatiana	Cruz	Rodríguez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

15/11/1979.	Bogotá	Kra 70C 1-72 bloque 6	3228841107
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Porvenir	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Terapeuta físico	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

tatianacruz15@hotmail.com	3228841107.
Correo Electrónico	Celular

Tatiana Cruz	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SEGUROS BOLÍVAR

arl

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN, RETIRO Y NOVEDADES DE TRABAJADORES Y CONTRATISTAS

Fecha de Radicación	Fecha Inicio de Cobertura	Tipo de envío de póliza	No. de Contrato
DD MM AA	DD MM AA	Físico ⊗ Electrónico ○	

I. Tipo de Trámite

Tipo de trámite

- ⊗ Afiliación
- ○ Novedad
- ○ Modificación

Tipo de novedad

- ○ Corrección nombre o apellidos
- ○ Cambio o corrección identificación
- ○ Suspensión contrato
- ○ Cambio de datos personales
- ○ Modificación de IBC
- ○ Adición contrato
- ○ Cambio de Actividad económica
- ○ Retiro
- ○ Prórroga contrato
- ○ Traslado de ARL
- ○ Cesión contrato
- ○ Terminación anticipada
- ○ Terminación contrato
- ○ Nuevo contrato
- ○ Otro, ¿Cuál? _____

* Para modificaciones adjuntar copia legible de documento de identidad.

II. Datos del trabajador y/o Contratista

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Teléfono celular
Cruz	Rodriguez	Mayi	Tatiana	3228841107.

Teléfono celular 2	Tipo de documento	No. de documento	Fecha de nacimiento	Género
	○ NIT ⊗ C.C. ○ C.E. ○ PA ○ R.C. ○ T.I.	52772612.	15 11 79	○ M ⊗ F

Dirección	Ciudad	Departamento	Teléfono
KR 70C #1-72 BLG APT 403	Bogotá	Bogotá.	3911785.

Correo electrónico	Correo electrónico 2
tatianacruz15@hotmail.com.	

Nombre EPS actual	Nombre AFP actual	Nombre ARL actual
Compensar.		

III. Información del Contrato

No. contrato

Tipo de cotizante

- ○ Dependiente
- ⊗ Independiente
- ○ Pensionado
- ○ Madres comunitarias
- ○ Estudiantes (relación docencia-servicio)
- ○ Aprendices SENA etapa productiva
- ○ Taxista
- ○ Otro, ¿Cuál? _____

Subtipo de cotizante

- ○ Pensionado que supera los 25 SMLMV
- ○ Pensionado que NO supera los 25 SMLMV
- ⊗ Independiente con contrato de prestación de servicios

Tipo de aportante

- ○ Empleador
- ⊗ Independicente
- ○ Convenio docencia-servicio

Modalidad

- ○ Teletrabajador
- ○ Voluntario
- ○ Otro, ¿Cuál?

Tipo de documento contratante

- ○ NIT
- ○ C.C.
- ○ C.E.
- ○ PA
- ○ R.C.
- ○ T.I.

No. de documento

Nombre o razón social

Correo electrónico	Dirección sede principal	Municipio / ciudad

Departamento	Teléfono	Fax	Código actividad económica Decreto 1607/2002
			CLASE DE RIESGO / PORCENTAJE / VALOR MES ANTERIOR

Actividad económica principal	Nombre del centro de trabajo	Naturaleza jurídica de la empresa	Tipo de contrato
		○ Pública ○ Privada ○ Mixta	○ Civil ○ Comercial ○ Administrativo

Suministro de transporte por parte del empleador ○ SI ○ NO

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	No. de meses del contrato
DD MM AA	DD MM AA	

Horario en que ejecutará las actividades

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

Valor total del contrato

Valor mensual del contrato

Ingreso base de cotización (IBC)

Clase de riesgo centro de trabajo

○ I ○ II ○ III ○ IV ○ V

Actividad a ejecutar de acuerdo al Decreto 1607/2002

Código de acuerdo al Decreto 1607/2002

Dirección centro de trabajo

Teléfono

Fax

Departamento centro de trabajo

Municipio centro de trabajo

Correo electrónico

IV. Resumen Información pago Cotización. (La cotización no debe superar los 25 SMLMV)

No. de contrato	Valor mensual contrato	Fecha inicio contrato	Fecha terminación contrato	Clase de riesgo	IBC	Ingreso base de cotización
				I II III IV V	40%	

A. El valor máximo a pagar como IBC es el equivalente a 25 SMLMV.

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 100 DE 1993, EL DECRETO 2885 DE 1994 LA LEY 772 DE 2002, LA LEY 884 DE 2012,EL DECRETO 723 DE 2012, Y DEMÁS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

FIRMA DEL CONTRATANTE	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA FUNCIONARIO ARL
	TATIANA CRUZ.	

Forma AT-110 (Red. mar/15)

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 114146079

WEB
19:06:01

Bogotá DC, 22 de agosto del 2018

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) MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52772612:

NO 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 GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de agosto de 2018, a las 19:13:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52772612
Código de Verificación	52772612180822191330

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2399582

Bogotá D.C., 22 de Agosto de 2018 - 19:19 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS DOCE**

52772612

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
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 figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_7UTIC_1919
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:55:06 horas del 23/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52772612**

Apellidos y Nombres: **CRUZ RODRIGUEZ MARYI TATIANA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Referencia Bancaria

Jueves, 23 de Agosto de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 52772612, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20965859128	2004/05/25	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:06/09/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 52772612	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 70C 1 72 IN 6 AP 403 Teléfonos: 3228841107

Dirección electrónica: tatianacruz15@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 06/09/2018

Fecha inicio de Actividades: 04/08/2003 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ICONTEC

Version 2.01

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.772.612 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180818	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10073308

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com