

Buscar por proceso Menú

Buscar

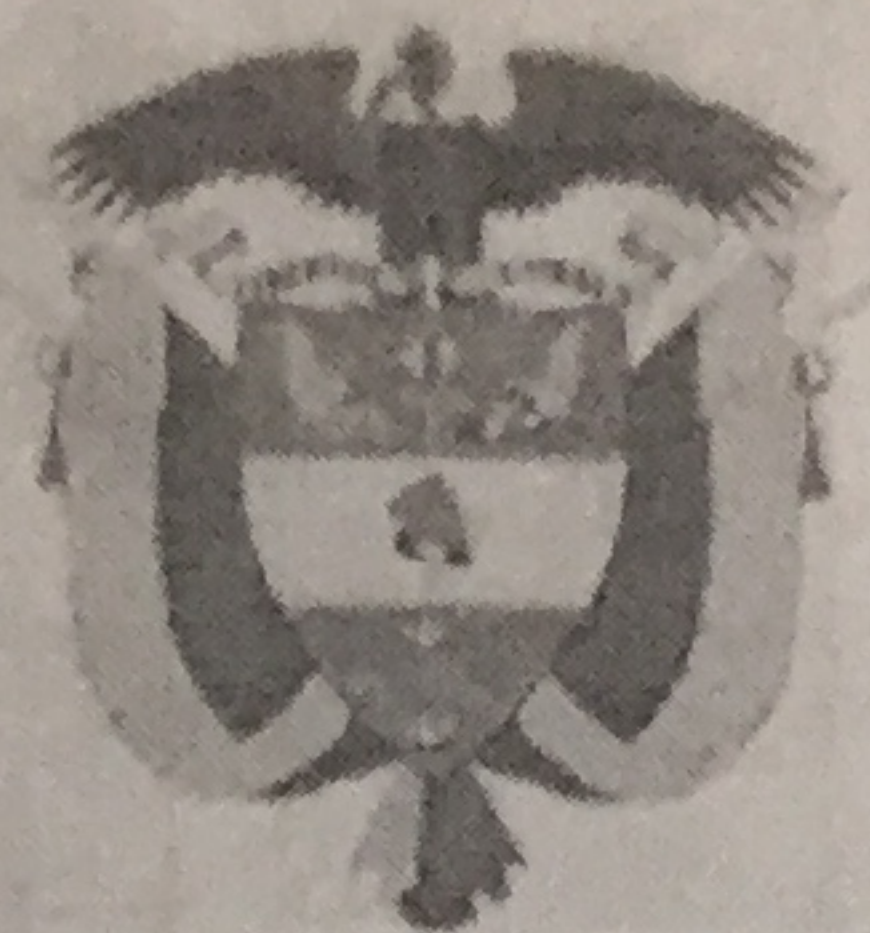
### Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ,  
JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ con el NIT 1013666933 creada  
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**

Última Actualización 10-dic-2018

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                   |                                                                          |                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>MOLINA                                                                                                                         | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>RAMIREZ                                | NOMBRES<br>JULY ALEJANDRA                                                                                                                                     |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1013666933 | SEXO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>                                                                   |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NUMERO _____ D.M. _____                          |                                                                          |                                                                                                                                                               |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 6 MES MAY AÑO 1996<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                           |                                                                          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>cra71d#571 70 sur<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 717046<br>EMAIL santaclara_16@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 BACHILLER |           |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO   |           |     |      |
| 1º               | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º   | MES              | NOVIEMBRE | AÑO | 2012 |

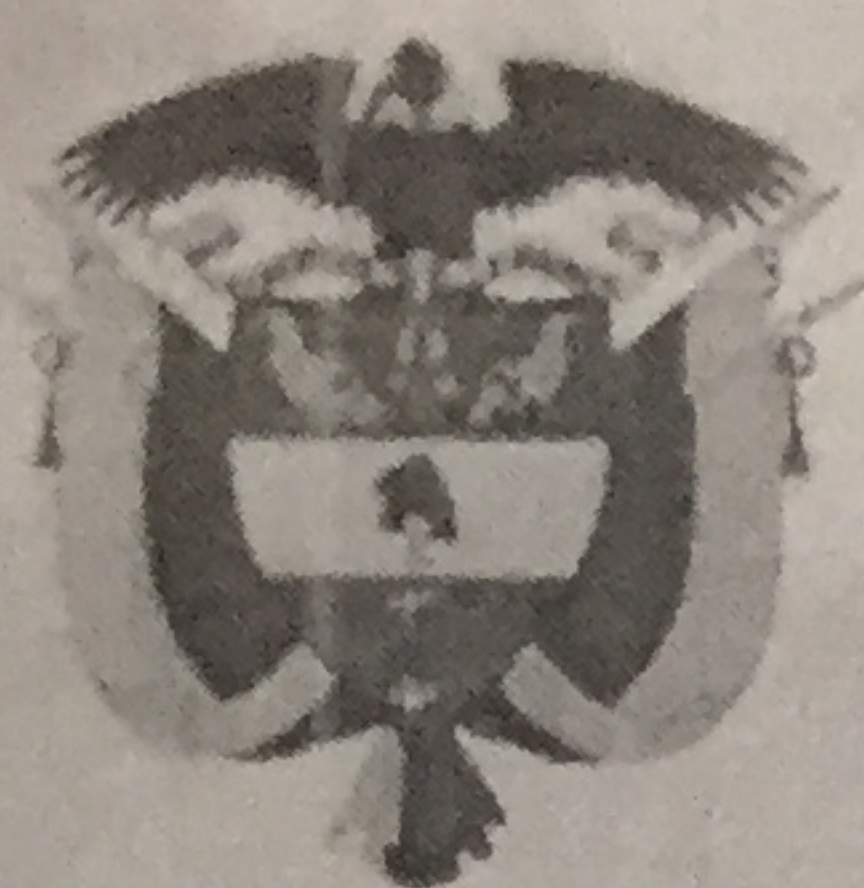
### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS | TEMINACIÓN | No. DE TARJETA |
|-----------|---------------|----------|------------------------|------------|----------------|
| ACADÉMICA | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      | MES AÑO    | PROFESIONAL    |
| TC        | 3             | X        | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 9 2014     | 1013666933     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAPO**

Última Actualización: 14-dic-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO                        |                        |                            |                 |
|------------------------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                        | PÚBLICA                | PRIVADA                    | PAÍS            |
| SUBRED CENTRO ORIENTE UNIDAD SANTA CLARA | X                      |                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                             | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| Bogotá D.C.                              | Bogotá D.C.            | alejandra.fus14@gmail.com  |                 |
| TELÉFONOS                                | FECHA DE INGRESO       |                            | FECHA DE RETIRO |
| 3144890161                               | DÍA 12 MES 7 AÑO 2016  |                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                         | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                  |                 |
| auxiliar de enfermería                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA | cra 45b#1 -45sur           |                 |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN  | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|------------|-----------------------|-------|
|            | AÑOS                  | MESES |
| PUBLICO    | 2                     | 4     |
| PRIVADO    | 0                     | 0     |
| PARTICULAR | 2                     | 0     |
| TOTAL      | 2                     | 5     |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95)

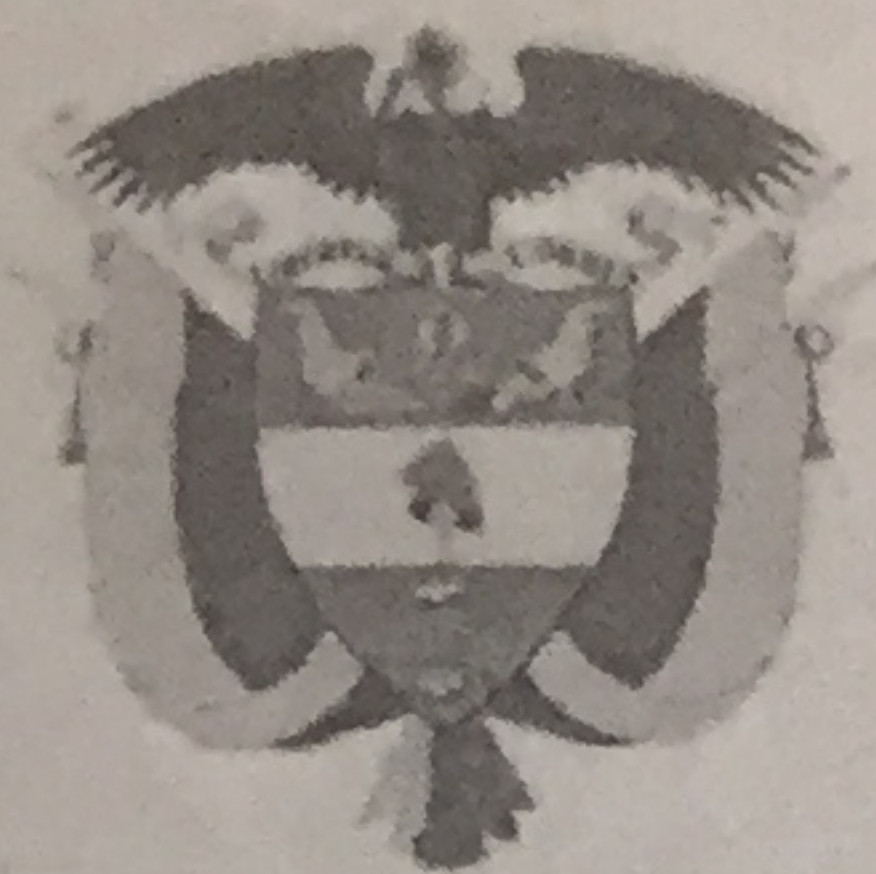
Ciudad y fecha del diligenciamiento

14-Dic-2018 Bogotá D.C

Joly Alejandra D  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

## 6

## OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAPO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-dic-2018

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



## FORMULARIO ÚNICO

### DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-dic-2018

#### 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|-----------------------|--------------------|

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|------------------------------------|------------------|

c) En la actualidad: **SI** ☐ **NO** ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO                                                                   | NÚMERO DOCUMENTO |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

#### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|----------------------------|------------------------|

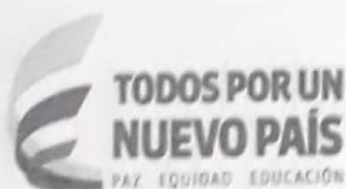
#### 3. FIRMA

*July Alexandra* 

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



## FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.**SIDEAPO**

Última Actualización: 14-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013666933 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cra71d#57f 70 sur

Teléfonos 3144890161 717046

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS                 | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------------|------------------------|------------|
| JUAN DANIEL RIVERA MOLINA           | 1031544040             | HIJO(A)    |
| GLORIA ESPERANZA RAMIREZ HASTAMORIR | 59717544               | MADRE      |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 0,00          |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 17.880.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 17.880.000,00 |

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 |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| DAVIVIENDA         | AHORROS        | 004900156193        | METRO SUR         | \$ 100.000,00      |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|--------------|-------------------------|-------|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|-------------------|----------|-------|



La República de Colombia, El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre, el

## Colegio Nuevo Chile Institución Educativa Distrital

Bogotá, D.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, según Resolución No. 4653 del 21 de noviembre de 2007,

Confiere a:

**July Alejandra Molina Ramírez**

Identificada con T.I. No. 96050603536 de Bogotá D.C.

El Título de

**Bachiller Académico**

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



*Felipe*  
**Felipe Juan Labrador**  
Rector

*Olivia*  
**Olivia Benavides Gallego**  
Secretaria Académica

Anotado al folio No. 19 del Libro de Registro No. 7  
Dado en Bogotá, D.C., a 25 de noviembre de 2012



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

**"FUSDESA"**

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.  
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

**CONFIERE A:**

**JULY ALEJANDRA MOLINA RAMÍREZ**

C.C 1.013.666.933 DE BOGOTÁ D.C

**EL CERTIFICADO DE**

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

**DURACIÓN 1800 HORAS**



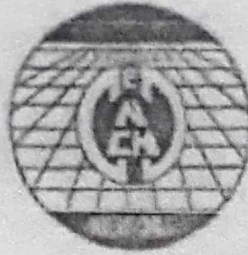
*[Firma]*  
L.A. YANETH CICHA RAMÍREZ  
DIRECTORA ACADEMICA



*[Firma]*

NANCY GALINDO GÓMEZ  
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 04 Días del Mes de Julio de 2014  
Anotado en el Folio 13800 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.



## COLEGIO NUEVO CHILE

Institución Educativa Distrital

Calle 30 Sur No. 72 G - 20 • Teléfono 792 47 75

Bogotá, D.C.

Inscripción DANE 111001013676

Inscripción ICTES 105056

Formada Manizá

### ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 25 días del mes de noviembre del año 2012, se llevó a cabo el acto de graduación, presidiendo por los señores Rector y Secretaria Académica, en el cual el COLEGIO NUEVO CHILE, Institución Educativa Distrital confirió el título de:

### BACHILLER ACADÉMICO

a:

**July Alejandra Molina Ramírez**

Identificada con T.I. No. 96050603536 de Bogotá D.C.

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta institución está acreditada en el nivel de Educación Media Académica por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 0653 del 21 de noviembre de 2007.

Se fue copia del Acta General No. 011 en la pertinencia.

En Bogotá, D.C., a los 25 días del mes de noviembre del año 2012.

Firmada y Sellada.

  
C.C. No. 78.908.239 de Bogotá, D.C.  
Rector

  
C.C. No. 32.347.021 de Bogotá, D.C.  
Secretaria Académica



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

**"FUSDESA"**

**FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN**

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

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999  
y Licencia. Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.  
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial  
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,  
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

**ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 031**

**ACTA INDIVIDUAL N° 13800**

En Bogotá D.C. a los 04 días del Mes de Julio del año 2014,  
**JULY ALEJANDRA MOLINA RAMÍREZ**  
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.013.666.933 De Bogotá D.C  
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa  
**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas,  
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 13800 del Libro 06 del Registro de FUSDESA.



LILA YANETH CICUA RAMÍREZ  
DIRECTORA ACADÉMICA



NANCY GALINDO GÓMEZ  
SECRETARIA ACADÉMICA



La República de Colombia  
y en su nombre  
FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN  
"FUSDESA"

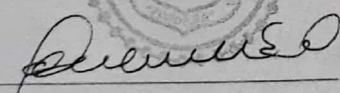
Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999  
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999  
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010.  
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

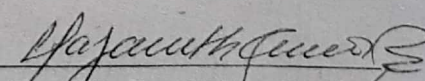
Certifica:

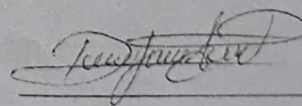
Que: July Alejandra Molina Ramirez

Asistió al curso Básico de  
**LABORATORIO CLINICO**  
Con una intensidad de 20 horas



  
Roberto Salindo González  
Presidente

  
Dra. Lila Janeth Ciria Ramírez  
Directora Académica

  
Bacterióloga

Dado en Bogotá, D.C. a los 02 días del mes de Abril de 2016

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion Socorristas Desarrollo y Accion FUSDESA  
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, July Alejandra Molina Ramirez 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:

Tecnico laboral por Competencias en Auxiliar de Enfermería  
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

July Alejandra Molina

No. de documento:

1013666933

Tarjeta profesional No:

1013666933

Dirección de contacto:

Cra 71 D#57 F-70 Sur.

Teléfono:

3144890161

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.666.933**  
MOLINA RAMIREZ

APELLIDOS  
JULY ALEJANDRA

NOMBRES

*J. Alejandra Molina R.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1996**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

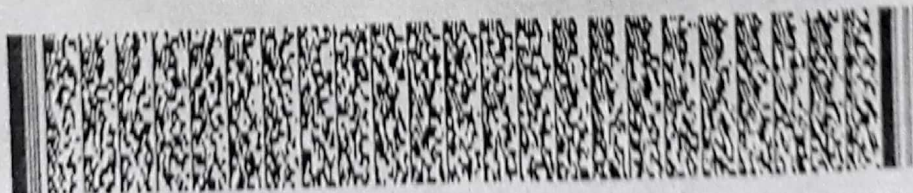
**1.60**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**19-MAY-2014 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00582818-F-1013666933-20140604

0038913538A 2

42206712



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

MUJICA  
Ministerio Único de Ingresos, Servicios y Control Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14381876381



(415)7707212489984(8020) 0000014381876381

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 6 6 9 3 3

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Sucursal de destino

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 1 3 6 6 6 9 3 3

27. Fecha expedición:

2 0 1 4 0 5 1 9

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

MOLINA

32. Segundo apellido

RAMIREZ

33. Primer nombre

JULY

34. Otros nombres

ALEJANDRA

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 71 D 57 F 70 SUR IN 1 AP 502

42. Correo electrónico:

alejandra.fus14@gmail.com

43. Código postal

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1:

3 1 4 4 8 9 0 1 6 1

45. Teléfono 2:

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 6 1 3

Actividad secundaria

48. Código:

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

49. Fecha inicio actividad:

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

52. Número establecimiento

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

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. OPC  |   |   |   |

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: 1

61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 1 5

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 FIERRO BARRAHONA JOSE FERNEY  
985. Cargo Analista I



ALCALDE MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016

Hora: 11:44:09 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1013666933-3 JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ

**Información General**

Dirección KR 71D 57F 70 SUR

Teléfonos 3144890161

Dirección electrónica alejandra.fus14@gmail.com

Fax

**Información de Registro**

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 22441564

Fecha Inicio Actividades 13/06/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

# Establecimientos: 0

**Perfil Tributario**

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001090703

BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

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 Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## Resolución No 13333 de 20/11/2014

### Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

#### CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MOLINA RAMIREZ JULY ALEJANDRA Identificado(a) con CC número 1013666933 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA", el día 04/07/2014.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

#### RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MOLINA RAMIREZ JULY ALEJANDRA identificado(a) con CC número 1013666933 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

#### NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 20/11/2014.

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA  
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E).

Revisó: Daniel Ortiz B.  
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 14 - Marzo - 2016  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) July Alejandra Molina  
CC. # 1013666933  
Firma July Alejandra H.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



BOGOTÁ  
HUMANANA

## 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 \*

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación \*

1013666933

Primer Nombre \*

july

Primer Apellido \*

molina

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2018-12-10→2:22:43 PM -2018-12-10→2:24:16 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| CC                  | 1013666933          | JULY          | ALEJANDRA      | MOLINA          | RAMIREZ          | <a href="#">Ver</a> |

**Información Detallada [CC: 1013666933] JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ**

**2018-12-10→2:24:16 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación                     | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora               |
|---------------|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| AUX           | Local                   | NO DISPONIBLE                             | 2014/11/20                    | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |
| AUX           | Local                   | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2014/11/20                    | 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).



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD NORTE E.S.E.  
LABORATORIO CLINICO**



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
M.D.C.  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte E.S.E.



**8238554**

Orden No: **8238554**  
Paciente: **MOLINA RAMIREZ JYLY**  
Documento Id: **CC 1013666933**  
E.P.S.: **HOS-USAQUEN**  
Sede: **ORQUIDEA**  
Servicio: **CONSULTA EXTERNA.**

Fecha de ingreso: **23-Aug-2018 2:24 pm**  
Fecha de impresion: **01/10/2018**  
Edad: **22 Años 3 meses 17 dias** Sexo **F**  
Telefono:  
Cama:  
Procedencia:

**Examen**

**Resultado**

**Unidades**

**Valores de Referencia**

**ANEXOS**



LABORATORIO CLINICO MEDICO  
**COLCAN**  
ANDRÉS MARVEZ

Nombre: **MOLINA RAMIREZ JYLY**  
Identificación: **CC 1013666933** Tel.  
Edad: **22 Años 0 Meses 0 Dias** Sexo: **F**  
Medico: **MEDICOS VARIOS**  
No. Ordenamiento: **8238554**

Fecha de recepcion: **03-sep-2018 1:52 pm**  
Fecha de impresion: **17-sep-2018 8:19 am**  
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**  
Sede: **REFERENCIA**  
Fecha Validacion: **03-sep-2018 4:44:00p.m.**

Copia



Página 1 de 1

**90302978**

**Examen**  
**HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE**  
**Metodo: Quimioluminiscencia**

**Resultado**

**Unidades**

**Valores de Referencia**

**26.1**

**mUI/ml**

**V. de Referencia:**

**No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml**  
**Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml**  
**Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml**

*Andrés Marvez*  
LABORATORIO CLINICO MEDICO  
COLCAN

*[Signature]*  
LABORATORIO CLINICO MEDICO  
COLCAN

Evolucionamos como la vida

TEL: 001-200-2011  
Calle 26 No. 13-40 - FPN 744 7000 Bm. 2015 - 2020 - Pbx 744 7000 Bm. 2015 - 2020  
Sede Principal: Calle 26 No. 13-40 - FPN 744 7000 Bm. 2015 - 2020  
Sede Fisco: Calle 26 No. 13-40 - FPN 744 7000 Bm. 2015 - 2020  
Sede Gerencia: Calle 26 No. 13-40 - FPN 744 7000 Bm. 2015 - 2020  
Calle 26 No. 13-40 - FPN 744 7000 Bm. 2015 - 2020



# DE APTITUD OCUPACIONAL

(CERTIFICADO)

Salud Humana  
Nº: 900.195.836-1

Cel.: 316 756 17 93 - gmsaludhumana@gmail.com

historia clínica o valoración médica de la misma fecha. Copie este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclínicos si es el caso. Ud. puede verificar la autenticidad comunicándose con nosotros.

## INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nº 11885

Nombre de la Empresa cliente

HOSPITAL SANTA CLARA

Teléfono:

## INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres

MOLINA RAMIREZ JULY ALEJANDRA

Cargo

ANX enfermera

Documento de Identidad (Tipo y Número)

CE 1013666933

Edad (Años)

20

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha de Realización

22 07 2016

Tipo de Examen (Seleccione la opción correspondiente)

☒ INGRESO

☐ PERIÓDICO

☐ EGRESO

Enfasis

osteomuscular

☐ REINTEGRO

☐ OTRO  
¿Cuál?

CONCEPTO (Seleccione la opción correspondiente y en la sección OTRO, escriba el concepto respectivo).

☒ APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

☐ LAS PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS SON INCOMPATIBLES CON EL PERFIL DEL CARGO

☐ APLAZADO Por motivo de:

☐ OTRO

¿Cuál?

EXAMEN DE EGRESO  
SATISFACTORIO

SI ☐ NO ☐

EXAMEN PERIÓDICO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO

☐ PRESENTA PATOLOGÍA MODIFICABLE CON EL SIGUE

☐ HAY RESTRICCIONES A SU LABOR CUALES

Descripción de Resultados

ninguna lesión

## EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

|             | NORMAL                   | ANORMAL                  |                     | NORMAL                   | ANORMAL                  |
|-------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| AUDIOMETRÍA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESPIROMETRÍA        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VISIOMETRÍA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PRUEBA PSICOMÉTRICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OPTOMETRÍA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ELECTROCARDIOGRAMA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OTROS       | NO                       |                          |                     |                          |                          |

OTROS

## RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

completar esquema de vacunación

### MANEJO POR EPS/ARP

Control periódico PP por EPS

Remisión a EPS

Continuar manejo médico

Seguimiento caso ARL

Remisión a ARL para manejo del caso

☐

☐

☐

☐

☐

### OCUPACIONALES

Control periódico ocupacional

Higiene postural

Utilización de EPP

Pausas activas periódicas

☒

☒

☒

☒

### HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Dieta

Ejercicio regular 3 veces / semana

Dejar el hábito de fumar

Reducir el consumo de alcohol

Incluir en PVE de:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Conforme quedó registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en uno(s) examen(es) son completas y verdaderas. Autorizo a GM SALUD HUMANA E.U. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

MÉDICO

Firma y Sello

GERMAN MALDONADO G.M.  
Médico Ocupacional  
Esp. Salud Ocupacional  
Res. 6232 del 2011

Aspirante o Trabajador

Firma: July M.

Subred Integrada de Servicios de Salud

**Centro Oriente E.S.E.**

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

**CERTIFICA QUE:**

**ALEJANDRA MOLINA RAMÍREZ**  
**1013666933**

**Asistió a la capacitación en:**

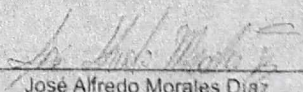
**Atención Integral en Salud  
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

  
Martha Yolanda Ruiz Valdés  
Gerente

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

  
José Alfredo Morales Díaz  
Profesional Especializado Talento Humano  
Subred Integrada de  
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

 Subred Integrada de Servicios de Salud



BOGOTÁ  
MEJORA

13 Años  
Educar para Servir



EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996  
Y 2888 DEL 2007 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S 0355 NIT 900.628.409-1

## EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS y EMERGENCIAS VERTICAL

**CERTIFICAN QUE:**

***July Alejandra Molina Ramirez***

**C.C: 1.013.666.933**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE:**

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)  
CON UNA INTENSIDAD DE 30 HORAS**



**JUAN CARLOS JIMENEZ**  
DIRECTOR V.S.U.E.



**DRA. YESMI ADRIANA BONILLA**  
DIRECTORA ACADÉMICA

James Pardo López  
Instructor  
No. 1028872317

**INSTRUCTOR**



*Dada en Bogotá a los 02 días del mes de Diciembre de 2018*

**WWW.VERTICALSALUD.COM**

**C-3593**

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

FECHA: 14-12-18 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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: OTRO

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Molina SEGUNDO APELLIDO: Ramirez PRIMER NOMBRE: JULY SEGUNDO NOMBRE: Alejandra  
TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: 1013666933 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ D.C. FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2014/08/19  
PASAPORTE: ☐ OTRO: ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐  
FECHA NACIMIENTO: 06/05/1996 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombia  
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: Hijo NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 314-489-0161

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ CUAL: OTRO ☐  
TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐  
DIRECCION RESIDENCIA: 11712#89-7-705UR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA:

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: alexandra-fos14@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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:  
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):  
PASAPORTE: ☐ OTRO: ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ CONTRA TISTA ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ HOGAR COMERCIANTE ☐ PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA: CUAL:  
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ ICA SI ☐ NO ☒ CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐  
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒  
FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☐ ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Subred integrada de salud centro oriente unidad santa clara

|                                                |                                             |                                     |                                     |                                     |                                     |                                   |                                |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA |                                             | GOBIERNO <input type="checkbox"/>   | COMERCIAL <input type="checkbox"/>  | VICIOS <input type="checkbox"/>     | LUD <input type="checkbox"/>        | NIT                               | 800215303-7                    |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>         | AGRICOLA <input type="checkbox"/>           | ENERGETICA <input type="checkbox"/> | FINANCIERA <input type="checkbox"/> | TRANSPORTE <input type="checkbox"/> | TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> | DEPORTES <input type="checkbox"/> | OTROS <input type="checkbox"/> |
| OTRA <input type="checkbox"/>                  | CUAL: <input checked="" type="checkbox"/> X |                                     |                                     |                                     |                                     |                                   |                                |
| DIRECCION DE LA EMPRESA                        | TELEFONO                                    | CIUDAD/MUNICIPIO                    | DEPARTAMENTO                        | PAIS                                |                                     |                                   |                                |
| 10148#1-45608                                  | 328 2 828                                   | BOGOTÁ                              | Cundinamarca                        | Colombia                            |                                     |                                   |                                |
| CARGO ACTUAL                                   | Auxiliar De Enfermería                      |                                     | FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)       | 12-7-16                             |                                     |                                   |                                |

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                   | 0 | SALDO HIPOTECA            | 0 |
| HONORARIOS                 | 1543.000 | ARRIENDOS                 | 0       | INVERSIONES               | 0 | TARJETAS DE CREDITO       | 0 |
| ARRIENDOS                  | 0        | CUOTA VEHICULO            | 0       | VEHICULOS                 | 0 | DEUDA VEHICULOS           | 0 |
| COMISIONES                 | 0        | CUOTA VIVIENDA            | 0       | PROPIEDADES               | 0 | DEUDAS TERCEROS           | 0 |
| OTROS INGRESOS*            | 0        | OTROS EGRESOS*            | 0       | OTROS ACTIVOS*            | 0 | OTROS PASIVOS*            | 0 |
| TOTAL INGRESOS             | 1543000  | TOTAL EGRESOS             | 800.000 | TOTAL ACTIVOS             | 0 | TOTAL PASIVOS             | 0 |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS |          | DESCRIPCION OTROS EGRESOS |         | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS |   | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |   |
|                            |          |                           |         |                           |   |                           |   |

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO   | SEGUNDO APELLIDO         | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                        |
|-------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------|
| Alarcon           | Galeano                  | Omar          | Ricardo                               |
| DIRECCION         | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |
| cr22jz# 64 C16508 | BOGOTÁ                   | Amigo         | 3018326481                            |

7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO        | SUCURSAL   | TELEFONO |
|----------------|------------------|---------------|------------|----------|
| Daviivienda    | AHORROS          | 0041900156148 | Metito Sur | 3383838  |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

| NOMBRE ENTIDAD                                                      | TIPO DE PRODUCTO                     | NUMERO                                  | PAIS/CIUDAD                     | MONEDA                         | MONTO PROMEDIO                 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|                                                                     |                                      |                                         |                                 |                                |                                |
| DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS: |                                      |                                         |                                 |                                |                                |
| IMPORTACION <input type="checkbox"/>                                | EXPORTACION <input type="checkbox"/> | TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> | PROMOS <input type="checkbox"/> | PAGOS <input type="checkbox"/> | OTROS <input type="checkbox"/> |
|                                                                     |                                      |                                         |                                 |                                | CUAL: <input type="text"/>     |

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 aqui 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

De mi trabajo como Auxiliar De Enfermería.

#### 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**Asalariado:** Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
  2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
  3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
  4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
  5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
  6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.  
**NOTA:** Todos los conceptos 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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 satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 consecuencia, 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 mí.

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 lo 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarlatf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: ([www.subredcentroorientegov.co](http://www.subredcentroorientegov.co)) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

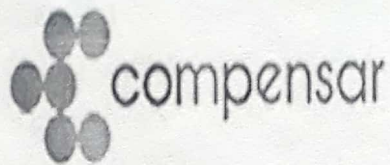
*July Alejandra Molina*

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

| X. INFORMACION DE ENTREVISTA        |                                   |                                    | XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION |                                      |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1. Fecha                            | 14.12.18                          | 2. Ciudad                          | Bogotá                                         | 1. Fecha:                            |  |
| 3. Nombre del funcionario o Asesor: |                                   |                                    |                                                | 3. Nombre y Cargo de quien verifica: |  |
| 4. Lugar de la Entrevista:          |                                   |                                    |                                                | 4. Lugar de la verificación:         |  |
| 5. Observaciones:                   |                                   |                                    |                                                | 5. Observaciones:                    |  |
| 6. Resultado de la Entrevista:      | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |                                                | 6. Firma y cédula:                   |  |
| 7. Firma y Cédula                   |                                   |                                    |                                                |                                      |  |



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**  
**COMPENSAR EPS**  
**NIT 860.066.942-7**

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ identificado(a) con cedula ciudadanía 1.013.666.933 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20170301         | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Diciembre 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  
10548959

CER-AFI



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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,666,933**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Diciembre de 2018.

---

Gerente de Clientes



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



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Oficina de Registro y Control de la Calidad

## AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013666933

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

July

Primer Nombre

Alejandra

Segundo Nombre

Molina

Primer Apellido

Pamirez

Segundo Apellido

06/05/1996

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C.

Ciudad de Nacimiento

159710#57-F-70501

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar De Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

alejandra.fos14@gmail.com

Correo Electrónico

3144890167

Celular

Alejandra

Firma del Afiliado

Leticia P. Clavijo Q.  
C. No. 52.431.204 Bta  
Enfermera P.U.J.

Leticia P. Clavijo Q.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c.

52.431.604

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 119001412



WEB

13:55:40

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de diciembre 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) JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013666933:

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 GONZALEZ  
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.

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 lunes 10 de diciembre de 2018, a las 13:57:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1013666933             |
| Código de Verificación | 1013666933181210135725 |

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



Bogotá D.C., 10 de Diciembre de 2018 - 14:00 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: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES**

**1013666933**

**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 figuren 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 Jazmín 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](http://www.personeriabogota.gov.co). Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12\_77J9\_0014  
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 14:02:12 horas del 10/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013666933**

Apellidos y Nombres: **MOLINA RAMIREZ JULY ALEJANDRA**

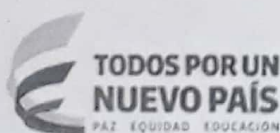
#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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.



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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

**ABEJORRAL,  
ANTIOQUIA,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**10/12/2018**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULY ALEJANDRA MOLINA RAMIREZ** con **Cédula de Ciudadanía n#mero 1013666933**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

N#mero

**0550004900156193**

Saldo a la fecha

**1,032,955.68 Pesos**

Fecha de apertura

**30/09/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA