

Bogotá, D.C., 01 Septiembre de 2017

Señor Coronel
ALBEIRO RUIZ REYES
Director Hospital Central
Ciudad.

Respetado Señor Coronel

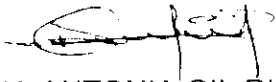
Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de sanidad mis servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIA en EL HOSPITAL CENTRAL, para tal efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionada en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea notificado en la Avenida Carrera 68 No.67C – 24 de esta ciudad, Celular: 3202768501 – 4594695

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja reposa en esa entidad.

Atentamente



MARIA ANTONIA GIL RUIZ
CC. 51.846.923 de Bogotá D.C.



INDICE DE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-1966**
SAMACA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH. SEXO

29-MAR-1985 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DEL EXPL. DIC. ON *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 1500150 C0015261 F 0051846923-20080619

0000543143A 1

1560091200

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.846.923**

GIL RUIZ

APELLIDOS

MARIA ANTONIA

NOMBRES

MARIA



RESOLUCION NUMERO

DE

(Por la cual se registra e inscribe un título)

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegación conferida por las resoluciones
numero 2025 de 1999 y 449 de Febrero 8 de 1995 emanada del
Departamento de Salud y

CONSIDERANDO

Que GIL RUIZ MARIA ANTONIA***** (identificada) con cedula de ciudadanía numero 51846923 expedida en BOGOTA D.E.***, solicita el registro
del TITULO***** de TERAPEUTA RESPIRATORIO*****
en la obra: LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA*****
el 02/01/1995 e inscripción para ejercer su profesion en el territorio de
Santafé de Bogotá D.C.

Que El DIPLOMA**** se encuentra debidamente retornado por la Secretaria
de Educacion al folio 35-G del libro 95 de 1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el TITULO***** que autoriza a
GIL RUIZ MARIA ANTONIA***** , identificad(a) con la cedula de
ciudadanía No. 51846923 , expedida en BOGOTA D.E.*** para ejercer la
profesion de TERAPEUTA RESPIRATORIO***** en el Territorio
Nacional

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a GIL RUIZ MARIA ANTONIA***** , para
ejercer su profesion en Santafé de Bogotá, D.C.

ARTICULO TERCERO - La presente Resolucion rige a partir de la publicacion
en el diario oficial a costa del interesado quien debiera allegar el
recibo de pago correspondiente.

02 AGO. 1995

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE!

Dada en la Ciudad de Bogotá, D.C. a los

Original

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Secretaria Distrital

ORIGINAL EN ARCHIVO;
MIGUEL ANTONIO RAMÍREZ

MIGUEL ANTONIO RAMÍREZ GOMEZ
Subsecretario General

CERTIFICADO DE REGISTRO

RESOLUCION _____ 199 _____

EXPEDICION Mes _____ Año 1995



NOMBRES

APELLIDOS

N. CEDULA

CODIGO

PROFESION



ANTONIA GIL.
FIRMA

FIRMA AUTORIZADA



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
COMPENSAR EPS**

Nit. 860.066.942-7

Certifica:

Que el(la) señor(a) **MARIA ANTONIO GIL RUIZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía 51846923, se encuentra Afiliado, en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como Independiente contrato de prestación, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
20170810	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 05 días del mes de Septiembre de 2017.

OBSERVACIONES:

Con Destino a:

USUARIO

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.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: MA.ISABEL GOMEZ



COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA ANTONIA GIL RUIZ, identificado(a) con C.C 51.846.923, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 31 de agosto de 2017.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail serviciocliente@colfondos.com.co



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

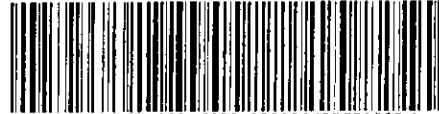
001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14227910621



(415)7707212489984(8020) 000001422791062 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 1 8 4 6 9 2 3 - 1
6. DV 1
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2
25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3
26. Número de identificación: 5 1 8 4 6 9 2 3
27. Fecha expedición: 1 9 8 5 0 3 2 9
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA
29. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 1 1
31. Primer apellido: GIL
32. Segundo apellido: RUIZ
33. Primer nombre: MARIA
34. Otros nombres: ANTONIA
35. Razón social:
36. Nombre comercial:
37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA
39. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 1 1
41. Dirección: AK 68 67 C 24 BRR JOSE JOAQUIN VARGAS
42. Correo electrónico: magr9231@hotmail.com
43. Apartado aéreo:
44. Teléfono 1: 3 2 0 2 7 6 8 5 0 1
45. Teléfono 2: 3 1 5 2 0 5 2 9 1 0

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma: 56. Tipo:
Servicio: 1 2 3
57. Modo:
58. CPC:

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de folios: 3

61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 3 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004

Firma del solicitante

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

984. Nombre: SANTAMARIA SANTAMARIA DORA
985. Cargo: Analista I



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1.2 Consorcio o Unión Temporal | ☐ | 1.11 Persona Natural Extranjera | ☐ |
| 1.2 Departamento | ☐ | 1.12 Persona Natural Nacional | ☒ |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | ☐ | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | ☐ |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | ☐ | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | ☐ |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | ☐ | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | ☐ |
| 1.6 Gobierno Extranjero | ☐ | 1.16 Regional sin NIT Especial | ☐ |
| 1.7 Municipio | ☐ | 1.17 Resguardo | ☐ |
| 1.8 Otra Pública Departamental | ☐ | 1.18 Sociedad de Economía Mixta | ☐ |
| 1.9 Otra Pública Municipal | ☐ | 1.19 Universidad Pública | ☐ |
| 1.10 Otro Beneficiario | ☐ | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | ☐ |

2. TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | ☒ | 2.4 Otro Tipo de Documento | ☐ |
| 2.2 Cédula de Extranjería | ☐ | 2.5 Pasaporte | ☐ |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | ☐ | 2.6 Tarjeta de Identidad | ☐ |

NUMERO DEL DOCUMENTO

5 1 8 4 6 9 2 3

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO DE RETENCION

- | | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | ☐ | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | ☐ |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | ☐ | 3.6 Régimen Común | ☐ |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor | ☐ | 3.7 Régimen Simplificado | ☒ |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor | ☐ | | |

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL

MARIA ANTONIO GIL RUIZ

5. PAIS

COLOMBIA

6. CIUDAD

BGGCTP

7. TELEFONO Y FAX

320 2768501

8. DIRECCION

AV. KRA 68 # 67 C-24

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1 ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA BANCO AVIURENDA

2 NUMERO DE LA CUENTA 0048000286660000

3 CLASE DE CUENTA CORRIENTE ☐ AHORROS ☒

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA SEPTIEMBRE 17

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

Corregir

BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL

A QUIEN INTERESE

BOGOTÁ
COLOMBIA,

2017/09/05

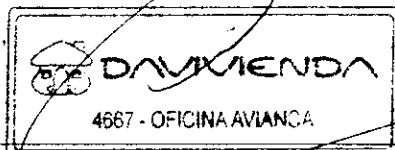
Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARIA ANTONIA GIL RUIZ
con Cédula de Ciudadanía número 51846923
de BOGOTÁ D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 004800286660

Fecha Apertura 2005/06/23

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA