



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio

Id de página: 14001307 [Ayuda](#) ?

Última Actualización

OPORTUNIDADES
RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

Invitaciones directas

Nuevos informes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha
mantenimientos preventivos al SECOP II.

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.

**MESA DE
SERVICIO**
Línea en Bogotá
7450708
Línea Nacional
018000 520908
Soporte técnico
Chat en línea
PQRS

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para
solicitar acceso a otra
empresa, puede ir a
'Configuraciones del
Usuario » Mis registros'.

Mensaje [Todos](#)

Sin mensajes...

[Más información](#)Oportun [Recibidas](#)

Sin oportunidades

[Más información](#)



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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 INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.S	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO FACURACION CONSULTA	FACTURACION	CARRERA 14 B No. 1-49	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	esesantaclara@gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 12 AÑO 2013		DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO ADMINISTRATIVO	LABORATORIO	CRA.15 NO.1 59	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO COMERCIAL SOCIAL		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 1 MES 5 AÑO 2007		DÍA 1 MES 5 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ADMINISTRADOR	PRESIDENCIA	CALLE 13 SUR 1940	

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	4	12
PRIVADO	6	0



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TRUJILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DURAN	NOMBRES JULIO ENRIQUE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 19119952	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 370522 D.M. 4		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES NOV AÑO 1950 PAÍS Colombia DEPTO Santander CIUDAD Bucaramanga		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 15 3-62 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4739292 EMAIL juentrud69@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 ACDEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DICIEMBRE	AÑO 1973



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 14-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	12

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 19119952 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 15 3-62 sur

Teléfonos 3164207115 4739292

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LEONARDO FABIO TRUJILLO ROMERO	79738962	HIJO(A)

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	\$ 16.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 6.000.000,00
TOTAL	\$ 22.200.000,00

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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102645280	AVENIDA PRIMERA	\$ 10.000,00

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
-------------------	----------	-------

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

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


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Duplicado



La República de Colombia
y en su nombre la
Casa Cultural Moreno y Escandón

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 4499 del 3 de Diciembre de 1964

Confiere a:
Julio Enrique Trujillo

Identificado(a) con C.C. o C.I. No. 19119952 Expedida en Bogotá, D.C.

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios Correspondientes al Nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Alfredo Prada L.

Caro Pardo

Anotado en el Libro del Colegio No. 20 Folio No. 2003

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., A 5 de Dic. de 1973

CASA CULTURAL MORENO Y ESCANDON

Jornada Nocturna
Bogotá. D.C.

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los **cinco (5)** días del mes de **Diciembre** de **1973** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector Y Secretario en la Rectoría de la **CASA CULTURAL MORENO Y ESCANDON.**

Institución aprobada hasta nueva visita en el I Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller Académico según **Resolución No. 4499 del 3 de Diciembre de 1964.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos Nombres, Apellidos y Número del documento de identidad se relacionan a continuación:

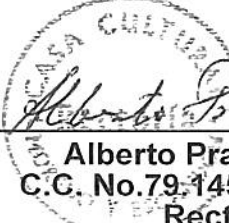
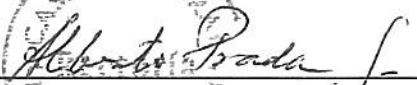
Julio Enrique Trujillo

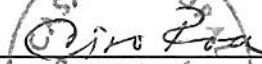
Identificado con C.C. No. 19.119.952 Expedida en Bogotá, D.E.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **008** de fecha **Diciembre 5 de 1973**, que consta de **85** alumnos graduados que comienza con el nombre de **CARLOS ALBERTO ACOSTA RODRIGUEZ** y se cierra con el nombre de **SANDRA MILENA VERA ARISTIZABAL..**

Firmada y sellada por **ALBERTO PRADA SANMIGUEL** Rector y **CIRO ROA**, Secretario.

Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a los **5** días del mes de **Diciembre** de **1973**



Alberto Prada Sanmiguel
C.C. No. 79.145.336 de Bogotá
Rector



Ciró Roa
C.C. No. 79.125.903 e Bogotá
Secretario



EL CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS

CERTIFICA

Que JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURÁN identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 19.119.952 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los cuatro (4) días del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia
SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SUBDIRECTOR CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURÁN

Con Cedula de Ciudadanía No. 19.119.952

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los cuatro (4) días del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

45788064 - 04/08/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9215001481715CC19119952C.



Resolución No. 0015

Por la cual se confiere la condecoración Medalla Cívica "Alcaldía Local Antonio Nariño"

El Alcalde Local de Antonio Nariño

en ejercicio de sus atribuciones legales, y,

Considerando:

que mediante la resolución Número 003 de 1986, proferida por esta alcaldía se creó la condecoración Medalla Cívica Alcaldía Local Antonio Nariño, con el propósito de exaltar el espíritu cívico y estimular las obras e iniciativas de los ciudadanos, autoridades y entidades que se han destacado por la ejecución de programas o actividades en beneficio comunitario.

que es deber de la administración local estimular y hacer merecidos reconocimientos a las personas que por su valor, dedicación y empeño han contribuido al desarrollo de la localidad.

que la Alcaldía Local integrándose a los sentimientos de la comunidad en significativa celebración rinde homenaje y especial reconocimiento de gratitud a tan distinguidos miembros de la Localidad Quince "Antonio Nariño".

Resuelve:

Artículo Primero: Confírase la condecoración Medalla Cívica Alcaldía Local Antonio Nariño a:

Julio Enrique Trujillo

Artículo Segundo: Transcribese en nota de estilo a los distinguidos por la presente Resolución.

Artículo Tercero: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Notifíquese, Comuníquese y Cúmplase

Dada en Santa Fé de Bogotá, D. C. a los 28 días del mes de Julio de 1992

[Firma]
Ricardo Antonio Medrano Barbosa

Alcalde Local

[Firma]
Marco Tulio Amicchiario Robles

Asesor Jurídico

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA

CONFIEREN EL PRESENTE **RECONOCIMIENTO** A

Julio Trujillo

POR SU DESTACADA PARTICIPACIÓN Y GESTIÓN EN EL DESARROLLO DEL
CONVENIO 074. ADICIÓN NO. 1: SEMANOTA COMERCIAL 2009 Y FERIA DE LA PRODUCTIVIDA
ALCALDÍA LOCAL DE ANTONIO NARIÑO - UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

BOGOTÁ, D.C. 24 DE *Marzo* DE 2010

JUAN CARLOS BOTERO M.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Bogotá D.C

Señores:

Casa Cultural Lorenzo Escaño

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Julio Enrique Turiel Durán 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:

Bachillerato académico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento:

19.119.952

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Carrera 15 # 3-62 Sur

Teléfono:

3169207115

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.119.952**
TRUJILLO DURAN

APELLIDOS
JULIO ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-NOV-1950**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

21-DIC-1971 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00155921-M-0019119952-20090508

0011359206A 1

25756144

 DIAN® <small>Directorio de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUNISCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001																																						
2. Concepto 02 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario 14267019625																																							
		 <small>(415)7707212489984(SOZO) 000001426701962 5</small>																																							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 9 1 1 9 9 5 2 - 9		6. DV 9	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																						
		14. Buzón electrónico 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 9 1 1 9 9 5 2		27. Fecha expedición: 1 9 7 1 1 2 2 1																																							
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9																																							
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																							
31. Primer apellido TRUJILLO		32. Segundo apellido DURAN																																							
33. Primer nombre JULIO		34. Otros nombres ENRIQUE																																							
35. Razón social:																																									
36. Nombre comercial: PAÑALERA BABY SHOWER																																									
37. Sigla:																																									
UBICACION																																									
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: CL 13 SUR 20 40 LC 48																																									
42. Correo electrónico: juentrud69@hotmail.com		43. Código postal: 2 0 9 4 5 3 3																																							
		44. Teléfono 1: 3 1 6 8 2 7 3 4 9 6																																							
CLASIFICACION																																									
Actividad económica		Ocupación																																							
46. Código: 8 2 9 9	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 1 2 0 1	48. Código: 4 7 1 9	49. Fecha inicio actividad: 2 0 0 7 0 2 1 9																																						
50. Código: 1 2		51. Código: 1 3 1 4																																							
52. Número establecimientos: 1																																									
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																									
53. Código: 1 2 2 2																																									
12- Ventas régimen simplificado																																									
Obligados aduaneros		Exportadores																																							
54. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>55. Forma</td> <td>56. Tipo</td> <td>Servicio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>57. Modo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>58. CPC</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐			58. CPC	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3																																				
☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐																																				
		58. CPC	☐	☐	☐																																				
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.																																									
Para uso exclusivo de la DIAN																																									
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de Folios: 2																																							
61. Fecha: 2 0 1 3 1 2 0 9																																									
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 PINEDA LUNA LAURA MARCELA 985. Cargo Punto de Contacto Presencial																																							



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 31-08-2016

Hora: 9:26:40 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 19119952-9 JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN

Información General

Dirección CL 13 SUR 20 40 LC 48

Teléfonos 2094533-3168273496

Dirección electrónica juentrud69@hotmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/12/2014

Soporte Inscripción 458407

Fecha inicio Actividades 20/03/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: 47191-COMERCIO AL POR MENOR EN ESTABLECIMIENTOS NO ESPECIALIZADOS CON SURTIDO COMPUESTO PRINCIPALMENTE POR PRODUCTOS DIFERENTES DE ALIMENTOS (VIVERES EN GENERAL) Y BEBIDAS Y TABACO (EXCEPTO

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001119799

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Nro. 9015

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 17/11/2017 HORA:8:54:		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN		CEDULA: 19119952	EDAD: 65 GENERO: M
EMPRESA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		CARGO: APOYO ADMINISTRATIVO	TELEFONO: 3164207115 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Médica Laboral	Si	Respiratorio	Si
Espirometría	--	Dermatología	Si
Audiometría	--	Osteomuscular	Si
Visiometría	--	Cardiovascular	Si
Optometría	--	Prueba de equilibrio	--
Electrocardiograma	--	Radiología Tórax	--
Psicología Laboral	--	Radiología Columna	--
Vacunas	--	Radiología Torax	--

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	--	Parcial de Orina	--
Glicemia	--	RH-Grupo Sanguíneo	--
Colesterol	--	KOH Uñas	--
Triglicéridos	--	Frotis Faringeo	--
Serología	--	Coprologico	--

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012
Apto Para el cargo sin Restricciones	Si	Aplazado
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	No Apto Para Este Cargo
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--	--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	Examen de EGRESO Satisfactorio
USO DE CORRECCION OPTOMETRICA DE LEJOS	--	--

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	Si
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	Si	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Fisico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirometría	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si	--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud Ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información respecto a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de las cuantas recibire los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso y no constar con el consentimiento informado. He leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi consentimiento informado.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6684 DE 27/07/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No



Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com

Realice sus exámenes en Instituciones médicas
aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud



VALORACIÓN POR OPTÓMETRA PARA FORMULACIÓN VISUAL

Ingreso: ☒ Periódico: ☐ Retiro: ☐ Otros: ☐

Fecha: 23/ABRIL 2018

1. Identificación del Evaluado

Nombre: JULIO ENRIQUE TRUJILLO
D.I.: 19119952 Edad: 64 años Sexo: M ☒ F ☐

2. Información Ocupacional

Empresa: Hospital Santa Clara
Cargo: Jefe Administrativo
Dependencia: Facturación Condiciones visuales de trabajo:
Factores de riesgo No ☐ Si ☒ Cual?: exigencia visual Utiliza protección: No ☒ Si ☐ Cual?:
Exigencia visual del oficio: Lejana: 20/ 30 Cercana: 20/ 20 Otras exigencias:

3. Antecedentes oculares y de la función visual

Ha tenido examen visual anteriormente No ☐ Si ☒ Fecha: 6 meses ¿Le han formulado lentes? No ☐ Si ☒
¿Usa lentes actualmente? No ☐ Si ☒ Permanentes ☒ Para lejos ☒ Para cerca ☐ Ocasionales ☐ Bifocales ☐ Progresivos ☐ De contacto ☐
Ultimo cambio de lentes: 1 año Lensometría: OD: -1.75 esf OI: -2.25 esf ADD:
Hallazgos o alteraciones: No ☒ Si ☐ Cual?: Fecha:
Cirugías: No ☒ Si ☐ Cual?:

4. Sintomatología actual

Ninguna ☒ Epifora ☐ Fotofobia ☐ Ardor ☐ Salto de renglones ☐ Cansancio ☐ Cefalea ☐ Dolor ☐ Prurito ☐ Ojo rojo ☐ Visión borrosa VL ☐ VP ☐

5. Examen Visual:				Agudeza Visual Cercana		PH	
Agudeza Visual Lejana							
AO (SC) 20/100	OD (SC) 20/125	OI (SC) 20/125	AO (SC) 0.5	OD (SC) 1M	OI (SC) 0.75 MOD		
AO (CC) 20/25	OD (CC) 20/25	OI (CC) 20/25	AO (CC)	OD (SC)	OI (SC)	OI	

Examen externo: Normal ☒ Anormal ☐ Hallazgos:
Estado Motor: Exoforia PPC 3 cm
Visión Cromática: Normal ☒ Anormal ☐ Estereopsis: Normal ☒ Anormal ☐ 20 30 40 arco

Oftalmoscopia: Ojo Derecho: Aparentemente Normal ☒ Anormal ☐ Hallazgos:
Ojo Izquierdo: Aparentemente Normal ☒ Anormal ☐ Hallazgos:
Retinoscopia: Ojo Derecho: -1.75 esf Hallazgos: Ojo Izquierdo: -2.25 esf Hallazgos:
Subjetivo: Ojo Derecho: -1.75 esf 20/25 Hallazgos: Ojo Izquierdo: -2.25 esf 20/25+

6. Conducta a seguir

Se formula: No necesita ☐ Fórmula completa ☒ Se formula: Nueva ☐ Cambio ☐
Emisión: No ☒ Si ☐ Cual?:
Fórmula Final: Total ☐ Parcial ☐ Distancia Pupilar:
Ojo Derecho: -1.75 esf 20/25 Ojo Izquierdo: -2.25 esf 20/25+
Tipo de Lente: CR 38 Uso: Uso habitual

7. Concepto

Impresión diagnóstica: miopía bilateral corregida

Control: Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☒

Firma del Evaluado

Juan Carlos Muñoz Márquez
Optómetra
Especialista en Salud Ocupacional
C.C. S.D. 52392783 Lic. S.O. 0422

Firma y Sello del Examinador

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2018-12-14 CIUDAD: BOGOTÁ DC DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distiguído Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)										
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PÚBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL: <input type="text"/>
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TRUJILLO		DURAN		JULIO		ENRIQUE				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	19119952	BOGOTÁ, D.C.	
PASAPORTE		OTRO		<input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:				
1950/11/19		BUCARAMANGA S.D.E.R.		COLOMBIA		COLOMBIANA				
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NÚMERO DE HIJOS		TELÉFONO CELULAR		
SOLTERO(A) VIUD(A)		☒		CASA ☐		DIVORCIADO(A) ☐		UNIÓN LIBRE ☐		
				2		10		3164207115		
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA									PROFESIÓN / OFICIO	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐									CUAL: <input type="text"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA		
Carrera 15 3-62 sur		BOGOTÁ, D.C.		CUNDINAMARCA		COLOMBIANA		3164207115		
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA				
julsjaantogmail.com		NA				PROPIA ☐		FAMILIAR ☐		
						ARRENDADA		☒		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:				TELÉFONO/FAX		
NA		NA		NA		NA		NA		
2. DATOS DEL CONYUGE										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
NA		NA		NA		NA				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	NA	NA	
PASAPORTE		OTRO		CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI ☐ NO ☐		
						NACIONALIDAD:		NA		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:										
ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL: <input type="text"/>		
☐		☒		☐		☐				
SOCIO		CONTRATISTA		COMERCIANTE		EMPLEADO PÚBLICO				
☐		☐		☐		☐				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA:				
☐		☐								
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		NO		8299		
		☒		☐		☒				
		☐		☐		☐				
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR		
								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 PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ SERVICIOS ☒ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ☒		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		# NIT 900.959.051	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA carrera 14b 1-49 sur		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	
CARGO ACTUAL		APOYO administrativo FACTURACION LABORATORIO		FECHA VINCULACIÓN 2013/1/11	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS \$17.000.000		GASTOS FAMILIARES \$17.000.000		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS \$6.000.000		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$23.000.000,00		TOTAL EGRESOS \$23.000.000,00		TOTAL ACTIVOS \$ 0	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
NA		NA		NA	
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	
Trujillo		Romero		Elsa	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN	
Carrera 15 3-62 sur		BOGOTÁ D.C.		Hija	
				TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR 3125467508	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
				☒	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		PAÍS/CIUDAD	
NA		NA		NA	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:		MONEDA		MONTO PROMEDIO	
IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ DEPÓSITOS ☐ OTROS SERVICIOS ☐ CUAL:		NA		NA	
8. DECLARACIÓN 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
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. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 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 mí 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.					

 <p style="font-size: small;">Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>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</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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. <i>Nota:</i> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>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</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>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)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACION: REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACION		
<p>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.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada 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 derivadas 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 adelanten 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		

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 los previsto en el literal c) 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: sartafr@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, (*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 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) en el Link " POLÍTICA 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:			

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN identificado(a) con Cedula Ciudadania número 19119952
presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadania
Número de identificación:	19119952	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Tipo cotizante:	Independiente	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Dirección actual de residencia:	CLL 13 SR 19 40		
Teléfono actual de residencia:	3164207115		

Documento Aportante

19119952

Razón social aportante

TRUJILLO DURAN JULIO ENRIQUE

Fecha Inicio

01/08/2017

Fecha Fin

Información de los beneficiarios:

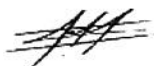
Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
1013628811	CC	JULIO ALEJANDRO TRUJILLO AGUDELO	01/08/2017	DESAFILIADO	31/05/2018	HIJO

se firma y expide en Bogotá a los 4 del mes de Agosto de 2018, a solicitud del interesado

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

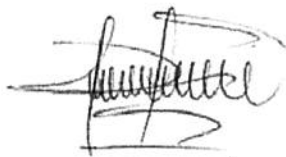
Elaboro:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **19119952**, se encuentra afiliado (a) desde **06/04/1987** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

19119952		SEGURO BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
TRUJILLO	DURAN	JULIO	ENRIQUE
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
19/11/1950	BUCARAMANGA	CRA 15 3-62 SUR	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
MEDIMAS	COLPENSIONES	\$ 1,410,000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
APOYO ADMINISTRATIVO FACTURACION LABORATORIOS		01/12/2013	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
julisjuanito@gmail.com		3164207115	
Correo Electrónico		Celular	
			
Firma del Afiliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C. _____	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484			

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119179268



WEB
14:44:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19119952:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 14:46:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA ~~REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.~~

Tipo Documento	CC
No. Identificación	19119952
Código de Verificación	19119952181213144614

~~Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el~~
respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 14:43 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., el señor(a) **JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DIECINUEVE MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

19119952

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 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_FTVGB_4314**
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 14:47:32 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **19119952**

Apellidos y Nombres: **TRUJILLO DURAN JULIO ENRIQUE**

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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

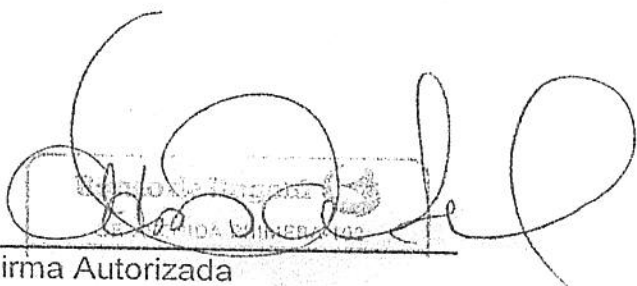


Gobierno en
línea

El **BANCO DE BOGOTA** a solicitud del interesado informa que el Sr. **TRUJILLO DURAN, JULIO ENRIQUE**, identificado(a) con CC 19.119.952, está vinculado (a) con el **BANCO DE BOGOTA** oficina Avenida Primera 102 con el siguiente producto financiero:

CUENTA AHORROS 102645280 FECHA DE APERTURA 30 DE DICIEMBRE DE 2013, VIGENTE Y ACTIVA A LA FECHA .

Se expide en **BOGOTA** el día 29 del mes de agosto del año 2016 con destino a **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.**


Firma Autorizada
102- Avenida Primera

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO.