E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO
FORMATO ENTREGA DE DOCUMENTOS (CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS)
PROCESO: ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO Y CONTRATACION

Código
TH-F-24
Versión
V2-2024

NOMBRE DEL TALENTO HUMANO CONTRATISTA: Alix Edith Ortiz Granados
Actividades a Desempeñar: Notific. en Sta
FECHA: Junio 2024

		SI	NO	NA
TODO EL PÉRSONAL	Estudios Previos (Contratación)			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (Presupuesto)			
	Certificado de Inexistencia de Personal (Subgerencia)			
	Propuesta económica	X		
	Formato de Compromiso Firmado	X		
	Copia de la cedula ampliada al (150% legible)	X		
	Hoja de vida SIGEP (actualizada)	X		
	Formato de libertad y manifestación 001 2013 de 2018 (Mutuo acuerdo)	X		
	RUT (Actualizado para vigencia)	X		
	Certificado de Disponibilidad Fiscal Contratación (No superior a 10 días, del registro)	X		
	Antecedentes Disciplinarios Procuraduría (No superior a 10 días del registro)	X		
	Antecedentes Judiciales (No superior a 10 días del registro)	X		
	Antecedentes Medidas correctivas Policía (No superior a 10 días del registro)	X		
	Antecedentes Contraloría (No superior a 10 días del registro)	X		
	Certificado REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos) (No superior a 10 días del registro)	X		
	Diploma y Acta de Bachiller	X		
	Diploma y Acta de Técnico o Tecnólogo			
	Diploma, título de pregrado (correspondiente al el título en enfermería)			
	Acta de Entrega de pregrado			
	Certificado Tarjeta profesional de Enfermería			
	Registro único de talento humano (RETHUS) para personal asistencial (No superior a 10 días del registro)			
	Afiliación EPS/Certificado o Planilla de pago más reciente	X		
	Afiliación Fondo de Pensión/Certificado o Planilla de pago más reciente			
	Certificación Administradora de Riesgos Laborales y Planilla de pago más reciente			
	Examen médico ocupacional de ingreso (No mayor a 1 año)	X		
	Certificado de aptitud	X		
	Curso de Reanimación en atención en salud	X		
	Curso de SST-S (Estándar Mínimo de Para y Gestión, los 7 modulos)	X		
	Curso IAMI	X		
	Curso Vacunación Basica de calidad adquirida			
	Certificado de manipulación	X		
ASISTENCIALES	Vacunas (Hepatitis B) Todo el personal asistencial de salud, conductores y auxiliar de servicios generales. (Si hay brote o hay casos)			
	Vacunas (Influenza A) Todo el personal asistencial de salud, conductores y auxiliar de servicios generales. (Si hay brote o hay casos)			
	Vacunas Tetanos Todo el personal asistencial de salud, patologia, conductores, servicios generales	X		
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (Auxiliar de Enfermería y Auxiliares de Enfermería de Urgencias, Hospitalización, ambulancias)			
	CURSO LACTANCIA MATERNA			
	TOMA DE MUESTRAS (Laboratorio y auxiliares de enfermería) LABORATORIO CLINICO (Auxiliar de enfermería asistencial)			
	PRUEBAS EN PUESTO DE ATENCIÓN (POCT: (medico, enfermera, auxiliares de enfermería,psicologos). *Medico solo de laboratorio Publico o Mixto			
	CURSO GESTACIONAL SUEÑO			
	CURSO ANGELES GUARDIANES			
	CURSO CUIDADO DE CRIANZA (Todos con el fin de atención de madre de regreso, una vez egresado de la casa del recien nacido de salud)			
	TRIAGE (Auxiliar de Enfermería)			
	CURSO DE REANIMACIÓN (Todo Medico Urgencias)			
	CURSO DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (Auxiliares de			
	CURSO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Auxiliar, Jefe de Enfermería, Defensoría, Psicología, Trabajadora)			
	CURSO DE DIABETES			
	AIEPI CLINICO (Auxiliares enfermería, Enfermeras, Medicos, servicio social, pediatra)			
	CURSO AIEPI AVAIS (MEDICOS Y JEFE ENFERMERIA PROFESIONAL) (Medicos solo IPS) Jefes de Hospitalización, AVIS, rectoría (Urgencias, hospitalización y consulta externa)			
INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL (IVC)	Certificación de competencia laboral del SENA preexistente de Alcoholes			
	Certificación expedida por laboratorio de salud pública del Departamento			
BIOMEDICO	Certificado de Inducción Equipos			
	Permiso Compra de equipos biomedicos para Diagnostico y Salud			
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Curso de 50 horas en Seguridad y Salud en el Trabajo (Reconocido de 20 HORAS)			
SERVICIOS GENERALES	Examenes Perfil de cargueta, ojos, oriopatologia con su respectivo certificado médico (Mayor a 40 años)	X		
	Control de vacunación de Hepatitis B (Mayor a un año)	X		
JEFES DE ENFERMERIA Y DOCTORES P Y P	Jefes de enfermería (si labora en estas) Vacunas (igual diplomado) Vacunación rabica (Enfermera) Atención parto VIH (Especialista) Toma de citología (Enfermera) Jefes de enfermería y medicos atienden parto de partos hospitalarios AVIS hospital			
ODONTOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Certificado Radiografía o Imágenes Diagnosticas (Curso de radio proteccion o curso radiologia que evidencie el estudio, este anexo)			
CONCURRENCIAS, EXTRAMURAL ENFERMERIA	Curso SOPORTE VITAL BASICO (BLS) (Auxiliares de Enfermería, Curso AIEPI CONSULTORIO (Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, Medicos) Curso BLS o ACLS (Enfermeras, Medicos)			
VACUNADORAS Y PUESTOS DE SALUD	Certificado actualización de Farmacovigilancia			
	Curso Actualización Inmunoprevenibles Covid			
MANTENIMIENTO	Certificado trabajo en alturas Y Examen ocupacional de alturas si es requerido			
CONDUCTORES	Licencia Vigente de Conducción C1 (Ambulancia)			
	Certificado de aptitud ocupacional			
	Curso de Doble			
	Curso primeros auxilios			

	Modificatorios
	POSCONTRACTUAL
	Solicitud de terminación Bilateral
	Acta de terminación Bilateral
	Acta de Liquidación (Contratación)
	Liberacion de recursos (Presupuesto)
	Verificado por Talento Humano Tania Moreno
	Verificado por Contratación

AUTORIZACIÓN CONSULTA DELITOS SEXUALES

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS Identificada con la CC 39710502 expedida en Bogotá D.C. ,de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, autorizo para que el Hospital Nuestra Señora del Carmen, realice la consulta de delitos sexual.

Dada a Mayo l2024

Alix E. Ortiz

39.710.502 de Bogotá

El Colegio Cundinamarca Mes: _MAYO Año 2024

REF. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS Identificad@ con documento de identidad N° 39710502 de Bogota, doy mi autorización para la verificación de títulos y documentos de mi hoja de vida; adicional la encuesta de caracterización que a continuación se realiza, la cual lleva a cabo la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen El Colegio.

A continuación, verá una serie de preguntas que permitirá a la Institución, tener un poco más de conocimiento de los colaboradores de la entidad, por favor marque con una x Si o No, según corresponda.

PREGUNTA	Si	No
¿Es usted pre-pensionable*?		x
¿Es usted madre o padre cabeza de familia?		x
¿Presenta algún tipo de discapacidad?	¿Cual? _____	x
¿Pertenece a la comunidad LGTBI?		x
¿Pertenece a un grupo étnico?	¿Cual? _____	x
¿Cuenta con experiencia anterior en el cargo?	Años de experiencia: _15 años _	Edad: 60

***Pre-pensionable**: las personas que le hace falta tres o menos años para cumplir con los requisitos para pensionarse

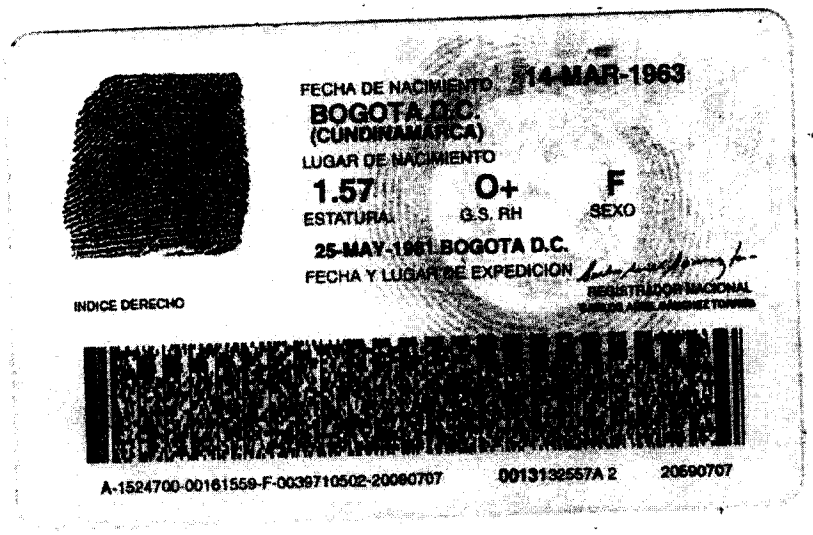
Manifiesto que recibí información clara y concreta del objeto del proceso.

Gracias por su amable atención.

Cordialmente,

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS


REPUBLICA DE
COLOMBIA
REPUBLICA DE
COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-MAY-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1524700-00161559-F-0039710502-20080707
0013132557A 2
20690707

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ortiz	Granados	Alix Edith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39710502 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 14 MES 03 AÑO 1963

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 20 N 40 15 SUR casa Quiroga Rafael Uribe

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 7491718 EMAIL: alixedith@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1980
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR	06	2014	
PREGRADO	8	X		NUTRICION Y DIETETICA	07	1987	Si

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	06	*Año*	2013	*Día*	27	*Mes*	09	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	08	*Mes*	04	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	17	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	12	*Año* 2010	*Día*	28	*Mes*	10	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2005	*Día*	27	*Mes*	08	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* MUNICIPIO SOACHA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 1997	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* MUNICIPIO SOACHA					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	10

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-10 11:17

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALIX	EDITH	ORTIZ	GRANADOS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39710502

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["Calle 26 No 51-53"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$60.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$60.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$400.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
0	$0,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	ALBERTO	GUACANEME	DOZA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADÁNIA Número: 79265685

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14961249885

(415)7707212489984(8020) 000001496124988 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional / Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
3 9 7 1 0 5 0 2	4	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 7 1 0 5 0 2	1 9 8 1 0 5 2 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	GRANADOS	ALIX	EDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR VEINTE CALLE CUARENTA SUR

42. Correo electrónico alixedith@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 9 1 4 9 4	3 1 1 4 4 4 7 8 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 0 5 0 1 1 3	8 2 9 9	2 0 0 8 1 1 1 3				2 2 2 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
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
54. Código																						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

58. Anexos	SI	NO	60. No. de Folios:	61. Fecha:
		X	0	2023 - 11 - 07 / 12 : 06: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ GRANADOS ALIX EDITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-04-2024 06:35:01PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 245836750

PIB
18:42:23

Bogotá DC, 24 de abril del 2024

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) ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39710502:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 24 de abril de 2024, a las 18:40:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	39710502
Código de Verificación	3971050224042418402 8

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 relacionados.

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:44:06 PM horas del 24/04/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía **Nº 39710502**

Apellidos y Nombres: **ORTIZ GRANADOS ALIX EDITH**

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

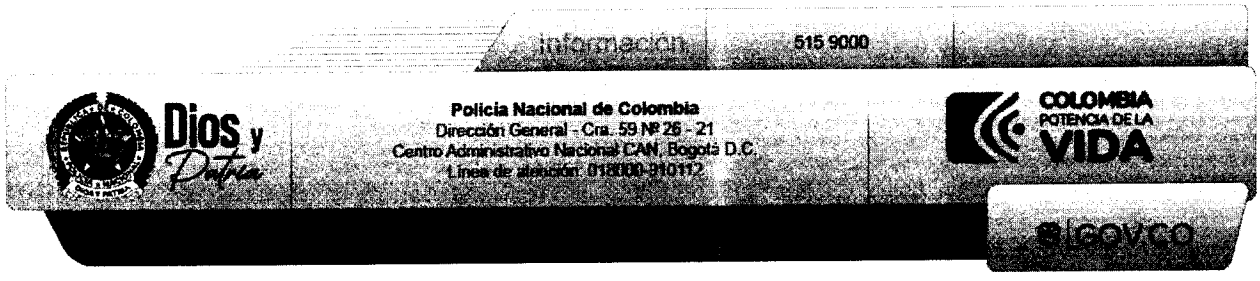
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/04/2024 04:21:54 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39710502 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **90794582** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:20:40 horas del 09/04/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39710502,** Apellidos y Nombres **ORTIZ GRANADOS ALIX EDITH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **alcaldia caqueza** , con NIT **899999462-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39710502 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 10/04/2024 02:46 PM

Código Verificación: **MP4SF81K9U**

Válida hasta: **09/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Nutricionista Dietista

A

Alix Edith Ortiz Granados

C.C. No. 39.710.502 EXPEDIDA EN Tunjuelito

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 31 de julio DE 1987

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

0018317

REGISTRADO AL FOLIO 14-O DEL LIBRO DE DIPLOMAS 8 x
Bogotá D.E. 28 agosto 1987

[redacted]

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 53

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 14 DE julio DE 1987

ACTA No. 24 CONSIDERANDO QUE:

Alix Edith Ortiz Granados

C.C. No. 39.710.502 de Tunjuelito

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

Nutricionista Dietista

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 182

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA EN BOGOTA D.E. EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 31 DIAS DEL MES DE julio DE 1987

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

No. 0018317

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 39.710.502 EXPEDIDA EN BOGOTA D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 09 DE DICIEMBRE DE 2015

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11183 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

13420

Registro 13044

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 09 de diciembre del año 2015, según consta en el Acta No. 1077 y Acuerdo No. 13679 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
C.C. 39.710.562 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

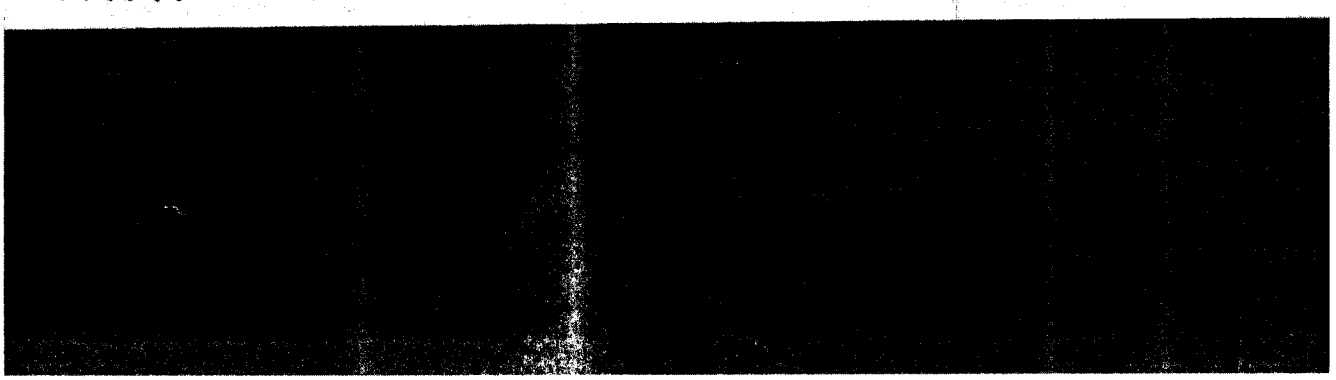
En ceremonia solemne del día 09 de diciembre del año 2015, se le hace entrega del diploma No.13420, el cual aparece registrado con el No. 13844, al folio 799 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2015.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los nueve (09) días del mes de diciembre del año dos mil quince (2015).

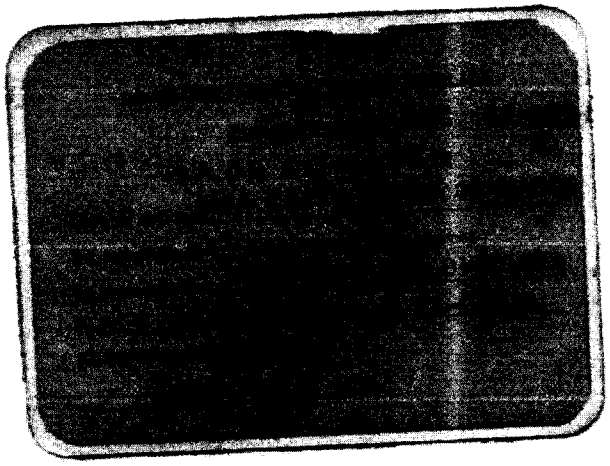
RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 117127









Resultado General - 2024-04-24 --7:54:01 PM

CC	39718502	ALIX	EDITH	ORTIZ	GRANADOS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado(a) con CC 39718502 registra La siguiente información:

2024-04-24 --7:54:01 PM

Información Académica

UNV	Local	Nutrición y dietética	1987-09-18	12889	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Colfondos
del grupo HABITAT

Bogotá D.C., 16 de septiembre de 2020
RAD-64222-09-20

Señor (a):
ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
KR 29 48 15 SUR BR QUIROGA
ALIXEDITH@HOTMAIL.COM
Tel: 3114407818
BOGOTA, D.C.-BOGOTA D.C

Tipo de Trámite: Devolución de Saldos
Asunto: Aprobación de Devolución de Saldos
Código: DS017
Identificación: 20718582

Respetado(a) Señor(a):

En relación con la solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que validados los requisitos establecidos en la Ley, Colfondos S.A. le informa que le ha sido APROBADA UNA DEVOLUCION DE SALDOS.

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio pensional acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo- y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es insuficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

2. El número de semanas cotizadas resulta inferior a las 1.150 semanas requeridas para acceder a la Garantía de Pensión Mínima, en concordancia con el Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

3. Adicionalmente usted fue asesorado en la posibilidad de acceder a la pensión familiar, Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) e continuar cotizando para pensión obligatoria y de esta forma optar por la pensión de vejez; sin embargo su decisión fue elegir la devolución de saldos por no pensión de vejez.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para aprobación de la devolución de saldos:

Información básica y sociológica							
Número de ID.	Nombre y Apellidos	F. de Nacimiento	Género	% de Distribución	Extinción del Derecho	Parentesco	Estado Beneficiario
20718582	ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS	14/09/1988	Femenino	100%		Principal	Activo
Fecha de Adquisición del derecho: 14 de enero de 2020							

Información General	
Edad del afiliado	32
% de Pérdida de Capacidad Laboral	
Estado del Bono Pensional	NO BONO
Total semanas cotizadas	245
Total Semanas Cotizadas	

Observaciones

"Este correo electrónico está dirigido únicamente a la persona a la que va dirigido y puede contener información confidencial. Si usted no es el destinatario, le pedimos que lo elimine y notifique al remitente. Cualquier uso, divulgación o copia de este mensaje está prohibido. Las opiniones expresadas en este correo electrónico son responsabilidad exclusiva de su autor y no representan necesariamente la posición de Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías. Antes de imprimir este correo electrónico piense en el medio ambiente."

De esta forma, en los próximos días procederemos a dar cumplimiento a lo manifestado por usted en el formato: *Solicitud de devolución de recursos de la devolución de saldos*, lo cual le informaremos mediante mensaje de texto, así mismo tenga en cuenta la siguiente información:

a) Si usted escogió como forma de pago consignación a cuenta bancaria y la transacción es rechazada por cualquier motivo, le solicitamos hacernos llegar copia de una nueva certificación bancaria. Este documento lo podrá remitir por nuestra página web, https://www.colfondos.com.co, por la opción *Canales de servicio/Contáctenos*, luego que ingrese sus datos personales en los numerales del uno (1) al siete (7), en el numeral ocho (8) seleccione: *Enviar documentos para iniciar o continuar trámites*, posteriormente seleccione *Pensiones Obligatorias – Trámites de pensión*, en el numeral nueve (9) selecciona: *Pago devolución de saldos*, por último en el numeral diez (10) ingrese la información que considere relevante, en el numeral once (11) adjunte el presente documento firmado y haga clic en *Enviar*.

b) Si su elección fue, pago en efectivo en entidad bancaria, una vez reciba el mensaje de texto podrá acercarse a cualquier sucursal del Banco Scotiabank Colpatria y con su documento de identificación hacer efectiva la devolución de los saldos.

El valor de la devolución de saldos podrá variar de acuerdo con la rentabilidad que obtenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago.

En Colfondos estamos comprometidos con nuestros afiliados para brindarles el acompañamiento y asesoría necesarias que les permitan tomar decisiones bien informadas. En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, no dude en contactarnos a través de nuestro portal www.colfondos.com.co (aquí también podrá encontrar la normatividad relacionada anteriormente consultando el código del comunicado a través de la sección "aprenda") sección canales de servicio o a través de nuestro Contact Center en las siguientes líneas.

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Bogotá:	7484888	Bucaramanga:	6985888
Barranquilla:	3469838	Cali:	4899888
Medellín:	6042888	Cartagena:	6945888
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Atentamente,

ANDRÉS CAMARGO ORTIZ
Coordinador de Pensiones
Elaboró: Angela Chavi

[illegible]

Colfondos
un grupo HABITAT

Bogotá D.C., 16 de septiembre de 2020
RAO-64222-09-20

Señor (a)
ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
KR 20 40 15 SUR BR OURIQGA
ALIXEDITH@HOTMAIL.COM
Tel: 3114447818
BOGOTA, D.C.-BOGOTA D.C

Tipo de Trámite: Devolución de Saldos
Asunto: Aprobación de Devolución de Saldos
Código: DS017
Identificación: 39710502

Respetado(a) Señor(a):

En relación con la solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que validados los requisitos establecidos en la Ley, Colfondos S.A. le informa que le ha sido APROBADA **UNA DEVOLUCION DE SALDOS.**

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio pensional acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo- y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es insuficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

2. El número de semanas cotizadas resulta inferior a las 1.150 semanas requeridas para acceder a la Garantía de Pensión Mínima, en concordancia con el Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

3. Adicionalmente usted fue asesorado en la posibilidad de acceder a la pensión familiar, Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) o continuar cotizando para pensión obligatoria y de esta forma optar por la pensión de vejez; sin embargo su decisión fue elegir la devolución de saldos por no pensión de vejez.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para aprobación de la devolución de saldos:

Beneficiario principal y sustitutos							
Número de ID.	Nombres y Apellidos	F. de Nacimiento	Genero	% de Distribución	Extinción del Derecho	Parentesco	Estado Beneficiario
39710502	ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS	14/03/1983	Femenino	100%		Principal	Activo
Fecha de Adquisición del derecho: 14 de marzo de 2020							

Información General	
Edad del afiliado:	37
% de Pérdida de Capacidad Laboral:	
Estado del Bono Pensional:	NO BONO
Total semanas cotizadas:	745
Total Semanas Cotentura:	

Observaciones:

[illegible]

De esta forma en los próximos días procederemos a dar cumplimiento a lo manifestado por usted en el formato *Solicitud de desistimiento de recursos de la devolución de saldos*, lo cual le informaremos mediante mensaje de texto así mismo tenga en cuenta la siguiente información

a) Si usted escogió como forma de pago consignación a cuenta bancaria y la transacción es rechazada por cualquier motivo, le solicitamos hacernos llegar copia de una nueva certificación bancaria. Este documento lo podrá remitir por nuestra página web: https://www.colfondos.com.co, por la opción ***Canales de servicio/Contáctenos*** luego que ingrese sus datos personales en los numerales del uno (1) al siete (7), en el numeral ocho (8) seleccione: ***Enviar documentos para iniciar o continuar trámite***, posteriormente seleccione ***Pensiones Obligatorias – Trámites de pensión***, en el numeral nueve (9) seleccione, ***Pago devolución de saldos*** por último en el numeral diez (10) ingrese la información que considere relevante, en el numeral once (11) adjunte el presente documento firmado y haga clic en ***Enviar***

b) Si su elección fue pago en efectivo en entidad bancaria, una vez reciba el mensaje de texto podrá acercarse a cualquier sucursal del Banco Scotiabank Colpatria y con su documento de identificación hacer efectiva la devolución de los saldos

El valor de la devolución de saldos podrá variar de acuerdo con la rentabilidad que obtenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago

En Colfondos estamos comprometidos con nuestros afiliados para brindarles el acompañamiento y asesoría necesarias que les permitan tomar decisiones bien informadas. En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, no dude en contactarnos a través de nuestro portal www.colfondos.com.co (aquí también podrá encontrar la normatividad relacionada anteriormente consultando el código del comunicado a través de la sección "aprenda") sección canales de servicio o a través de nuestro Contact Center en las siguientes líneas

Ciudad	Teléfono	Ciudad	Teléfono
Bogotá:	7484888	Bucaramanga	6985858
Barranquilla	3469888	Cali	4859494
Medellín	6042888	Cartagena:	6946855
Resto del país:		01 800 05 18000	

Atentamente,

ANDRES CAMARGO ORTIZ
Coordinador de Pensiones
Elaboró: Angela Chirivi

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **39710502** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39710502
NOMBRES Y APELLIDOS	ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	133
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **24/04/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Impreso con MediSystem
Cra 21 # 23-26 Sur, Bogotá, Colombia
Tel: 300 523 1062 - 324 339 2138
Nit: 901467404

Certificado de Aptitud Laboral

901467404-5 - Pacientes Particulares - EN SALUD

Paciente	**ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS**
CC	39710502
Edad	60 años y 8 meses
Ocupación	NUTRICIONISTA
Examen	**Ingreso**
	vie., 17 de nov. 2023
	Osteomuscular



Servicios realizados

Ocupacional

Concepto

Tipo de Concepto

Sin restricción para el cargo

Generación: vie., 17 de nov. 2023

Énfasis del examen: Osteomuscular

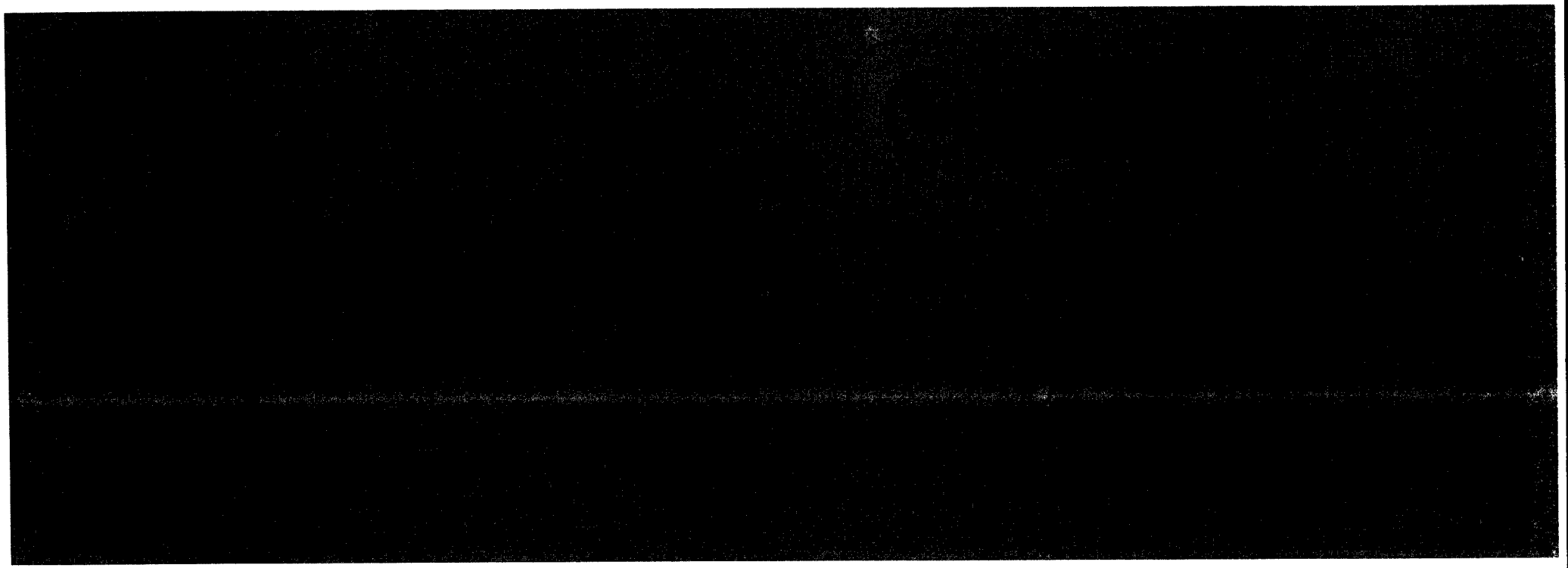
Observaciones y/o recomendaciones

PAUSAS ACTIVAS.
HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.
HABITOS SALUDABLES.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.
CONTINAUR MANEJO MEDICO POR EPS. NO SUSPENDER MEDICACION.

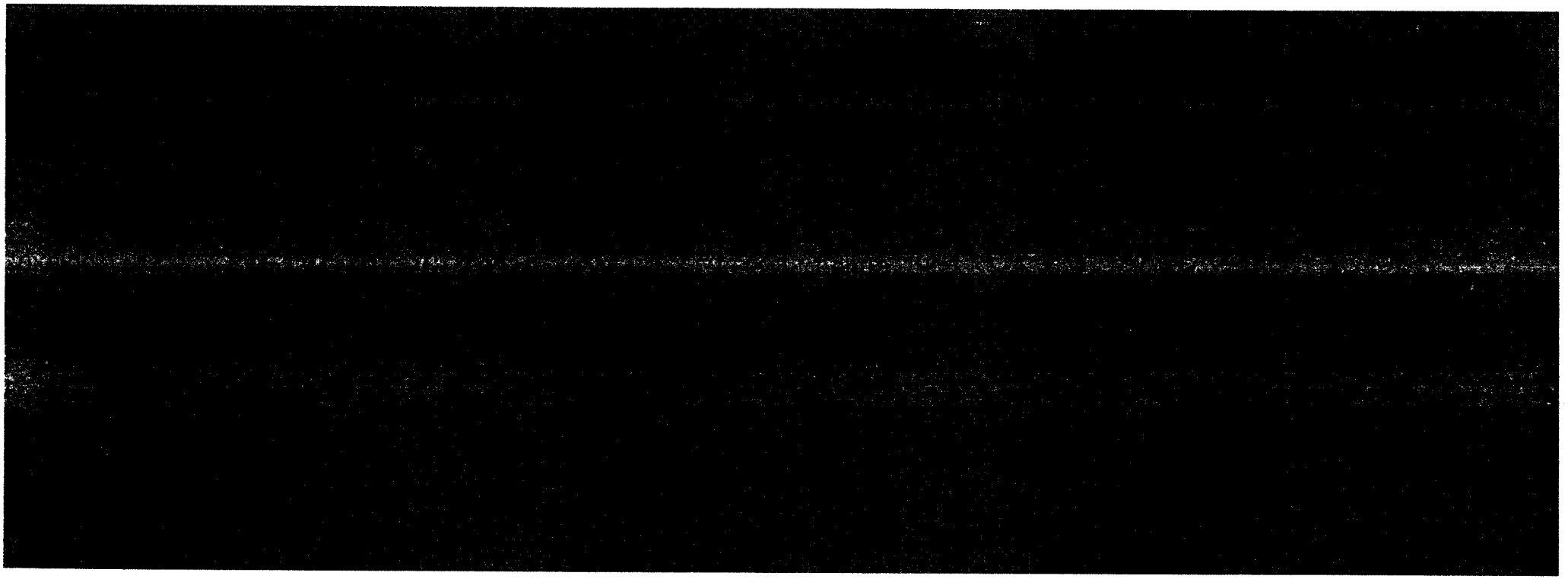
Khatherine Brigette Blanco Arambulo
CE: 729744
Médico Especialista en gerencia de seguridad y salud en el trabajo
RM: 729744 - LSO: 4072/2023

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
CC: 39710502
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

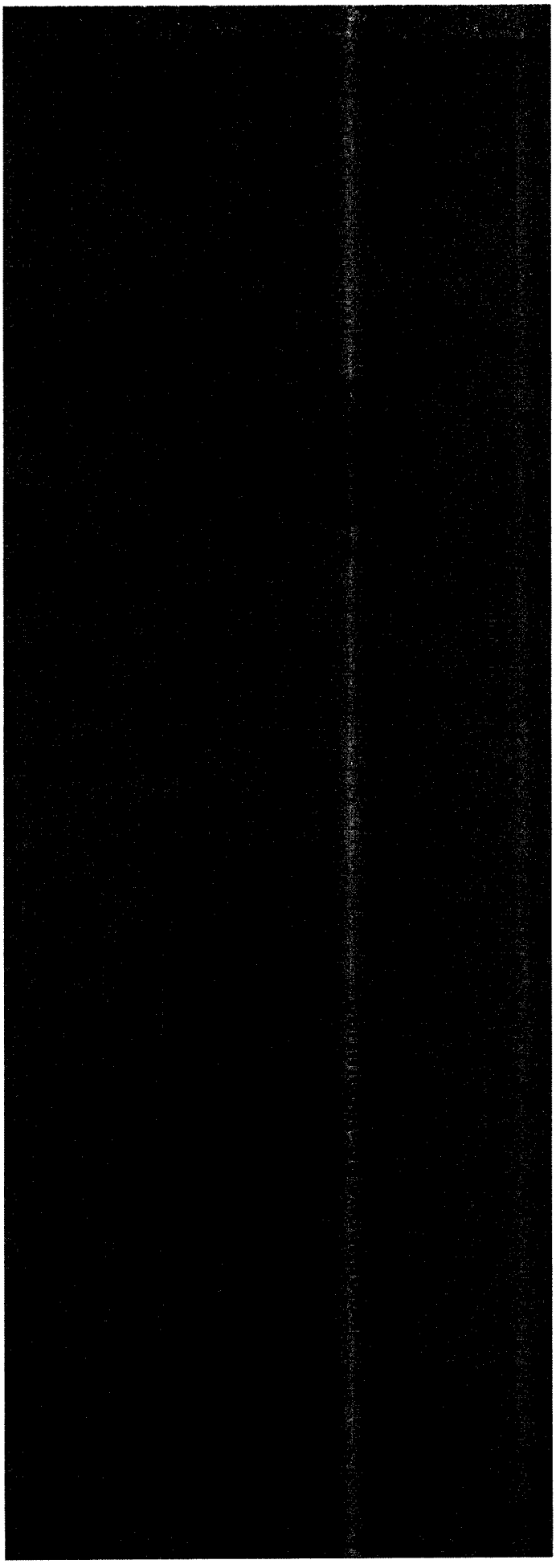
Powered by CamScanner



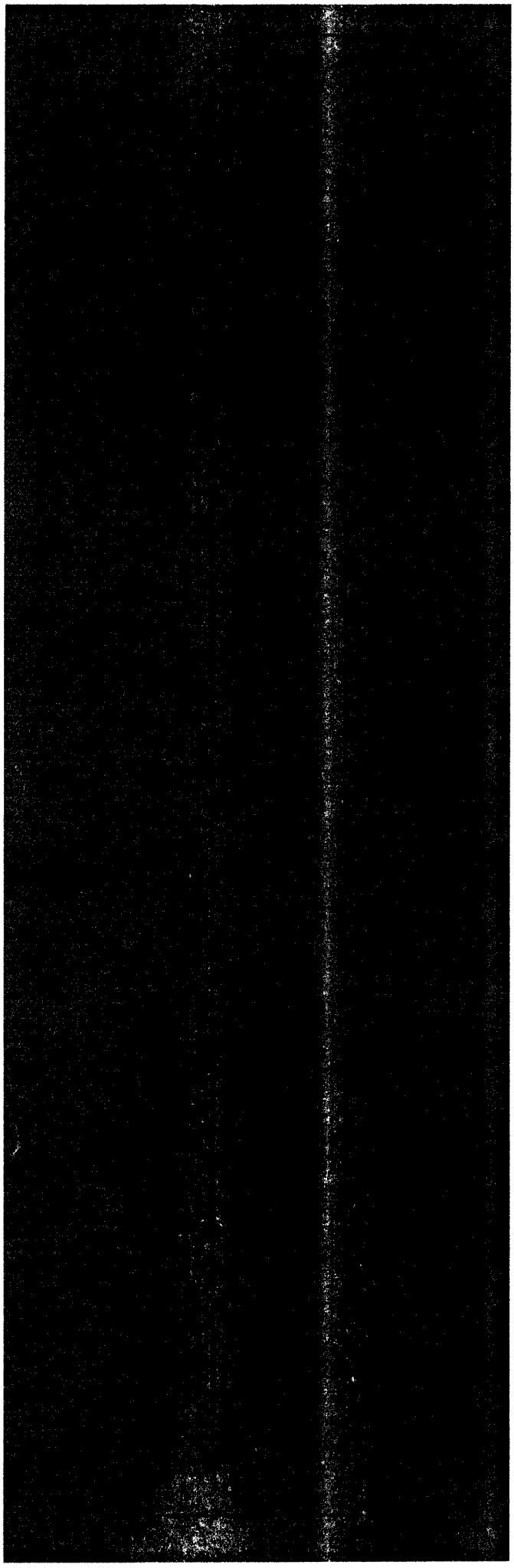
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



ALCALDIA MUNICIPAL DE

SOACHA

SECRETARIA DE SALUD

LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

La Dra ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS, identificada con CC. 39.710.502 de Bogotá, Prestó sus servicios profesionales como Nutricionista en la Dirección de Salud Pública desarrollando actividades relacionadas con el PLAN DE ATENCION BASICA en la Prioridad Fortalecimiento del Plan Municipal de Alimentación y Nutrición mediante un contrato de Prestación de servicios desde el día 1 de Julio de 2005 hasta el día 27 de Agosto de 2006.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Soacha, a los 11 días del mes de Septiembre de 2006.

Cordialmente,

DR. ORLANDO RODRIGUEZ
Director de Salud Pública.

SOACHA UNIDA
CONSTRUYE CONFIANZA

Escaneado con CamScanner

AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO:CE - 2014543611
ASUNTO:SS - DISTRIBUCION SALUD
ENVIA: 1124 - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA SEC SALUD

SDAF-625

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA

Con base en los documentos que reposan en el archivo de contratación:

HACE CONSTAR:

Que se suscribió el 28 de Diciembre de 2011 el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 466-2011 entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud y ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificada con C.C. No. 39.710.502, relacionado a continuación

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 466-2011:

OBJETO: "Prestación de servicios Profesionales de Nutricionista Dietista para brindar concurrencia en nutrición a 16 Municipios (Caparrapi, Chaguani, Carmen de Carupa, El Peñón, La Palma, La Peña, Palme, Puli, Quebrada Negra, Topaipi, Utica, Vergara, Yacopi, Beltran, Bituima, Nocaima, San Juan de Rio Seco y Villagómez) sin capacidad resolutiva en la Prioridad de Nutrición mediante asistencia técnica, capacitación y ejecución de acciones de promoción y prevención en seguridad alimentaria y nutricional"

FECHA DE INICIO:	18 DE ENERO DE 2012
VALOR DEL CONTRATO:	DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($18.252.855)
PLAZO DE EJECUCION:	CINCO (05) MESES
FECHA DE TERMINACION:	17 DE JUNIO DE 2012
ESTADO:	LIQUIDADO

HACE CONSTAR:

Que se suscribió el 29 de Junio de 2012 el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 248-2012 entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud y ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificada con C.C. No. 39.710.502, relacionado a continuación

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 248-2012:

OBJETO: "Brindar asistencia técnica y acompañamiento a 29 municipios para la formulación y evaluación del Plan de Salud Municipal en lo referente a la prioridad de Nutrición"

FECHA DE INICIO: 09 DE JULIO DE 2012

VALOR DEL CONTRATO: VEINTINUEVE MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($29.700.000)

PLAZO DE EJECUCION: NUEVE (09) MESES
FECHA DE TERMINACION: 08 DE ABRIL DE 2013

ESTADO: LIQUIDADO

HACE CONSTAR:

Que se suscribió el 25 de Junio de 2013 el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 257-2013 entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud y ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificada con C.C. No. 39.710.502, relacionado a continuación

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 257-2013:

OBJETO: "Brindar asistencia técnica en seguridad alimentaria y nutricional en diferentes Municipios"

FECHA DE INICIO: 28 DE JUNIO DE 2013

VALOR DEL CONTRATO: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($10.290.000)

PLAZO DE EJECUCION: TRES (03) MESES ANTICIPADA

FECHA DE TERMINACION: 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013

ESTADO: LIQUIDADO

HACE CONSTAR:

Que se suscribió el 29 de Octubre de 2013 el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 1.090-2013 entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud y ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificada con C.C. No. 39.710.502, relacionado a continuación

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1.090-2013:

Escaneado con CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

/Cundinamarca Gob @Cundinamarca Gob

Gestiona Paz

OBJETO: "Prestar servicios profesionales para apoyar la Dirección de Salud Pública en el fortalecimiento al plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) del Departamento de Cundinamarca"

FECHA DE INICIO:	01 DE NOVIEMBRE DE 2013 ✓
VALOR DEL CONTRATO:	TREINTA MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($30.240.000)
PLAZO DE EJECUCION:	OCHO (08) MESES
FECHA DE TERMINACION:	30 DE JUNIO DE 2014 ✓
ESTADO:	EJECUTADO

Para constancia se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los Ocho (08) días del mes de Julio de Dos Mil Catorce (2014).

SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa y Financiera

Proyecto: Edith Dorronsoro Rivera/Contrista SDAP
Revisó: Leonor Marciales Avendaño/ Profesional Especializado

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 3079 DE 2005
(21 JUL. 2005)

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución 8211 de 15 de julio de 1989, Decreto No.1875 de 1994 y 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O

Que ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.39.710.502 de Tunjuelito – Usme (Bogotá, D.E),** ha solicitado Inscripción para ejercer como **NUTRICIONISTA DIETISTA, en el Departamento de Cundinamarca,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE GRADO No.53, DE FECHA 31 DE JULIO DE 1987.**

Que **ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **NUTRICIONISTA DIETISTA,** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No.12809, DE FECHA 16 DE SEPTIEMBRE DE 1987, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD.**

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.39.710.502 de Tunjuelito – Usme (Bogotá, D.E),** para ejercer como **NUTRICIONISTA DIETISTA,** en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D. C. a los 21 JUL. 2005

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

Vo.Bo.Dra.María Isabel Serrano Rangel./ Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Patricia Yepes W./

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Alix Edith Ortiz Granados

CC 39710502 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-05-07
Fecha de vencimiento: 2026-05-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Docente.

E.S.E HOSPITAL LA MESA
PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DIAZ
Nit. 890.680.022-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Granados

Por haber realizado y aprobado con un promedio general; igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:

Atención a Victimas de Violencia Sexual-Corazon de León

Con una duración de 20 horas. Válido por dos (02) años a partir de su expedición.

Grupo Psicosocial
Líder del Proceso

21 de abril de 2024

Gobernación de Cundinamarca

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 39710502

Asistió al Curso Básico de :

SOPORTE VITAL BÁSICO -BLS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 23/04/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

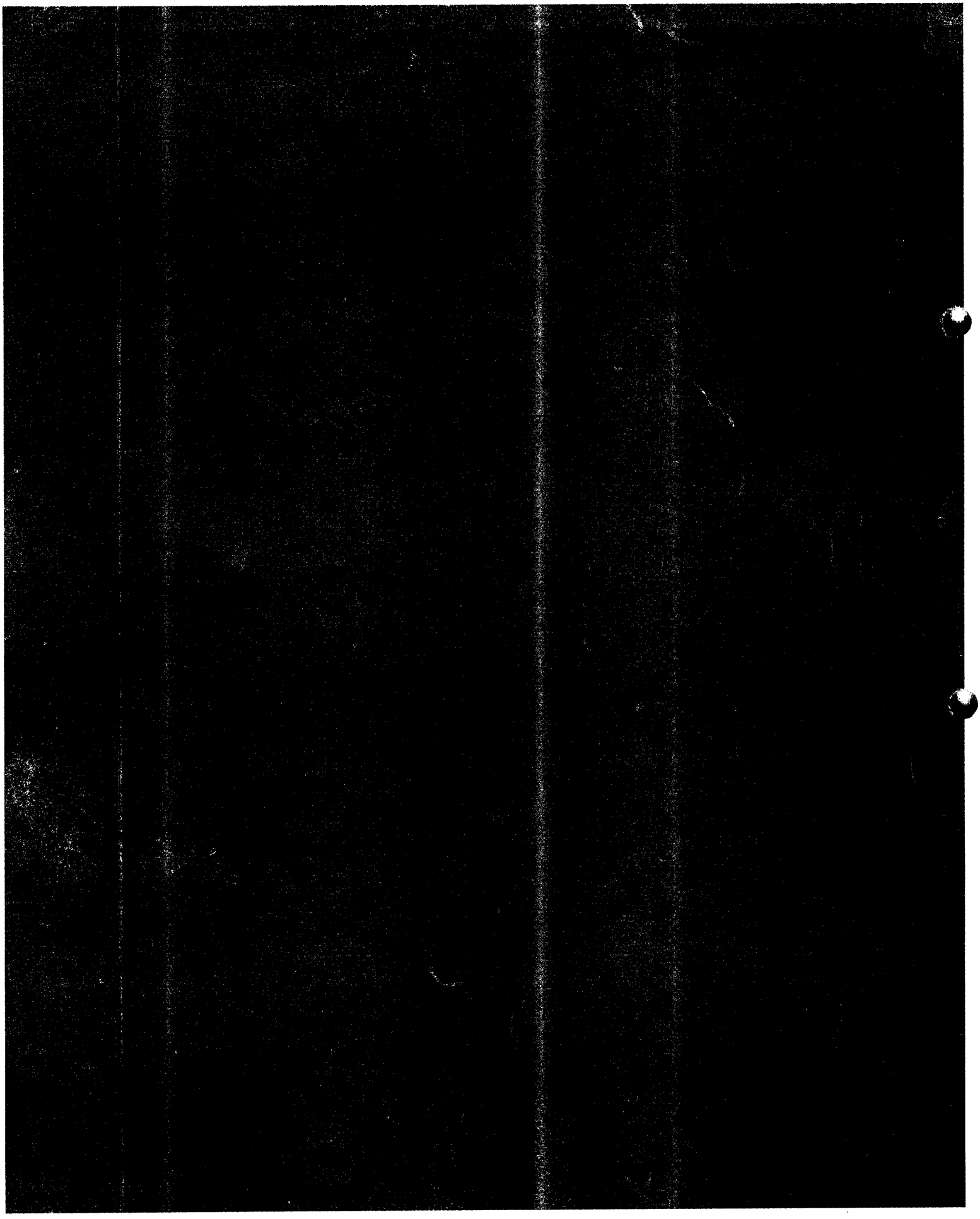
Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU

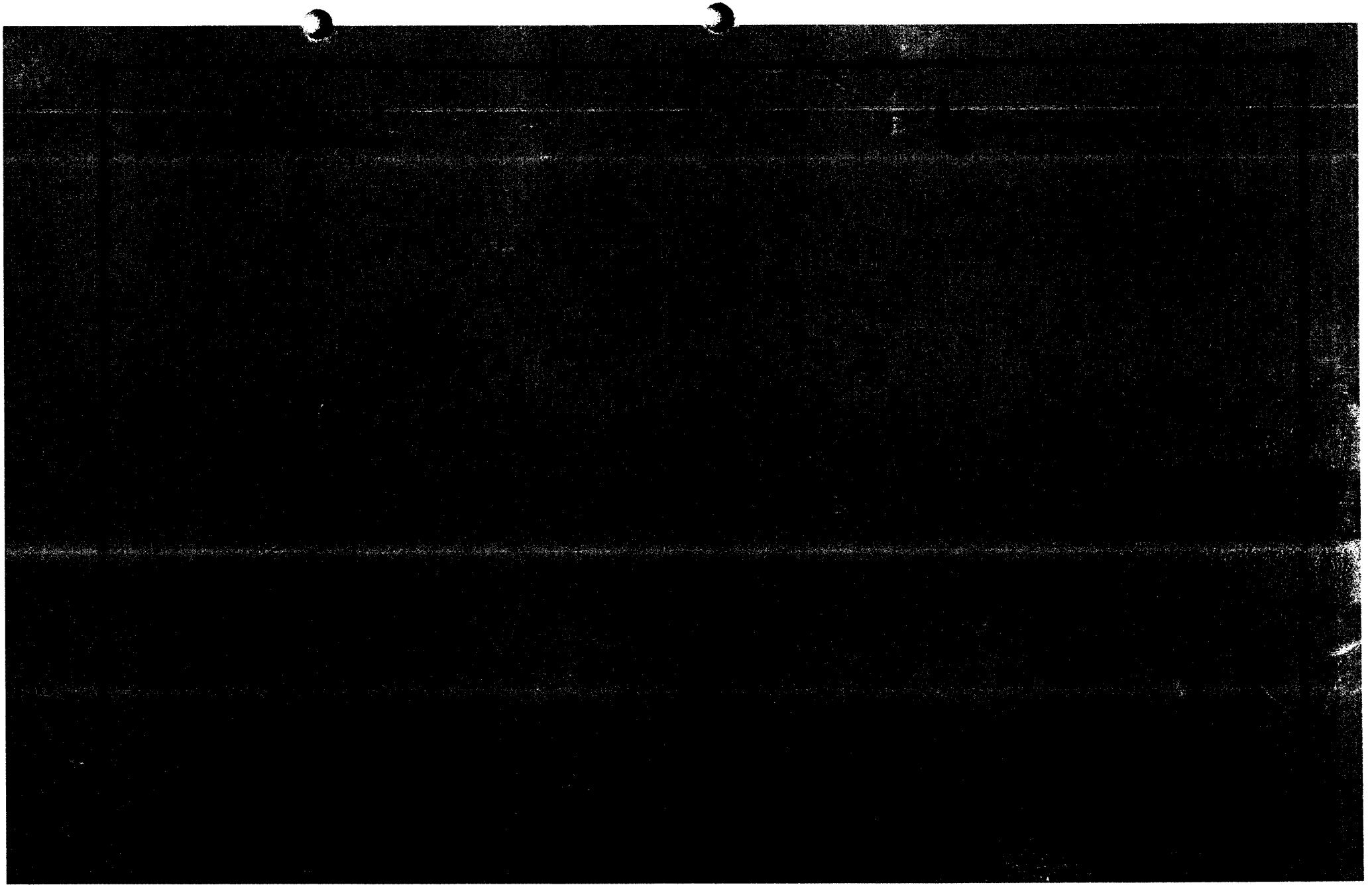
Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE L.A.S.



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL LA MESA
PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DIAZ
Nit: 890.680.027-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Granados

Por haber realizado y aprobado con un promedio general; igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:

Manejo de Dolor y Duelo

Con una duración de 20 horas. Válido por dos (02) años a partir de su expedición.

Grupo Psicosocial
Líder del Proceso

21 de abril de 2024

Gobernación de Cundinamarca

Certificación
Bancaria

Martes, 09 de abril de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado(a) con CC 39710502, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	22123219167	2005-08-11	ACTIVO	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

VIGILADO