

|                               |
|-------------------------------|
| Mis datos de usuario          |
| Noticias SECOP                |
| Mis registros                 |
| Accesos del usuario           |
| Términos y condiciones de uso |

Editar

Información del usuario

Género

Cargo

Título

Nombre completo

Nombre y apellido LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

Código del empleado

Tipo de documento

Número de documento

Fecha de emisión

Expedido por

Fecha de expiración

Dirección

Código postal

Estado

Municipio

Pais COLOMBIA

Correo electrónico lv.soulsings@gmail.com

Teléfono

Celular 3195216754

Número de fax



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

Respuesta javier

Celular 3195216754

Editar



# 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 CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>RUIZ                                                                                                                  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MONROY                           | NOMBRES<br>LAURA VIVIANA                                                                                                                                            |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1031145266 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                               |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                     |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 30 MES ENE AÑO 1993<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>Calle 29 a sur 50 42 P1 1<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9299582<br>EMAIL lv.soulsings@gmail.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 Académico |          |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|----------------------------|----------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO             |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES DICIEMBRE              | AÑO 2009 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TEMINACIÓN MES AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| UN                  | 10                      | X              | NUTRICIONISTA DIETISTA                   | 3 2018             | 07458                      |

### DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 |
| Inglés |          | X |    |        | X |    |            | X |    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**

Última Actualización: 22-ene-2019

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<br>Hogar Infantil Alberto Galindo | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                               | MUNICIPIO<br>Villavieja                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>hogarinfantivilla@yahoo.es |                  |
| TELÉFONOS<br>3214093765                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 5 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 27 MES 9 AÑO 2018                 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Nutricionista Dietista          | DEPENDENCIA<br>Salud                     | DIRECCIÓN<br>Calle 3 # 2 - 46                            |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                          |                                          |                                                          |                  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Fundación Sembrando Futuro con afecto | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                                      | MUNICIPIO<br>Neiva                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>fufusehuila813@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>8734502                                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 9 MES 4 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO                           |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Nutricionista Dietista                 | DEPENDENCIA<br>Salud                     | DIRECCIÓN<br>Calle 12 sur # 25 - 16                      |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                             |                                           |                                                                      |                  |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Visión y marketing - Laboratorios Abbott | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                         | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>liliana.torres@visionymarketing.com.co |                  |
| TELÉFONOS<br>6012222                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 25 MES 7 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 12 AÑO 2017                            |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Nutricionista Supervisora                 | DEPENDENCIA<br>ventas                     | DIRECCIÓN<br>Carrera 47 # 100 - 41                                   |                  |

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   | 0                     | 4     |
| PRIVADO   | 0                     | 10    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

**SIDEAP**

Última Actualización: 22-ene-2019

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      | 1                     | 3     |

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).

Baños, 22 Enero de 2019

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

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1031145266 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Calle 29 a sur 50 42 PI 1

Teléfonos 3195216754 9299582

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS              | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO           |
|----------------------------------|------------------------|----------------------|
| Jorge Leonardo Ordoñez Rodriguez | 1077971833             | COMPAÑERO PERMANENTE |
| Jose Martin Ordoñez Ruiz         | 1027536090             | 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 | \$ 21.000.000,00        |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00                 |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00                 |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00                 |
| HONORARIOS                          | \$ 0,00                 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00                 |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>\$ 21.000.000,00</b> |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Bancolombia        | AHORROS        | 15491501879         | Bogotá            | \$ 67.000,00       |

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**

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

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

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

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

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

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

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|----------------------------|------------------------|

**3. FIRMA**

  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia  
La Secretaría de Educación de Bogotá D.C.  
y en su nombre el

# Colegio Clemencia de Caycedo

## Institución Educativa Distrital

Jornada Mañana

Autorizado mediante Resolución de aprobación de Estudios No. 25320 de 17 Dic. de 1980 del M.E.N. y Resolución de Unificación y Reconocimiento de Estudios No. 2729 del 9 de septiembre de 2002 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Confiere a

# Laura Viviana Ruiz Monroy

Identificado (a) con T.I. No. 33013006758 de State de Bta D.C.

El título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y finalizado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, Artículo 28 ley 115 de 1994, Decreto 230 del 11 de febrero de 2002, según los planes y programas vigentes.

PROMOCIÓN 2009

En testimonio otorga el presente

# Diploma



Rectora

*Luz Maria Vargas Aguilar*  
Luz Maria Vargas Aguilar

Secretario Académico

*Mario César Velandúa Guzmán*  
Mario César Velandúa Guzmán

Libro de Registro No. 3

Acta No. 43

Folio No. 5

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERIA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1.933 - MINCOHERNO

**EN ATENCIÓN A QUE**

LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

CC 101 145266

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

# Ciencias

# LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL  
EL TÍTULO DE

# NUTRICIONISTA DIETISTA

EN FIE DE LO CUAL FIRMAPOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD  
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 10 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2018

## RECTOR

**SECRETARIO GENERAL**

DECANO DE FACULTAD



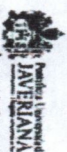
No 174499

[illegible]

West, G. M., P. L. J.

2000

Este Diploma está registrado en el  
Acta de Grado N°. 201601100205  
Bogotá, 10 de Marzo de 2016



# **PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

## **FACULTAD DE CIENCIAS**

### **ACTA DE GRADO N° 201803100205**

En la ciudad de Bogotá el día 10 de Marzo de 2018 se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

#### **NUTRICIONISTA DIETISTA**

**A**

**LAURA VIVIANA RUIZ MONROY**

identificado(a) con CC N° 1031145266 quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 174499 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 10 de Marzo de 2018.



**Jairo H. Cifuentes Madrid**  
**Secretario General**

Firmada digital y electrónicamente. Según lo dispuesto en la ley colombiana, para su verificación consulte la página web de la Universidad, en Todos Los Servicios, Verificación de Certificados Digitales, código: 2791263022787

**002580**

IMPRESO EN COLOMBIA



## COLEGIO CLEMENCIA DE CAYCEDO

Institución Educativa Distrital  
Calle 32 Sur No. 22-30 - Teléfono 3616839  
Bogotá D. C.  
Jornada MANANA

INSCRIPCIÓN S.E. 1688

INSCRIPCIÓN DANE 11100134138

### ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Diciembre de 2009, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las estudiantes, los suscritos Rectora y Secretario Académico del **COLEGIO CLEMENCIA DE CAYCEDO I.E.D. Jornada MANANA**, institución aprobada hasta nueva visita por M.E.N. según resolución de aprobación de estudios No. 25320 del 17 de Diciembre de 1980, en el nivel de Educación Media, para otorgar el Título de Bachiller Académico, y Resolución de Unificación y Reconocimiento de Estudios No. 2729 del 9 de Septiembre de 2002 autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el

### TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO Promoción 2009

A la graduanda cuyos nombres apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Laura Viviana Ruiz Monroy**

Identificada con 93013006758 Santafé de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 043, folio 005 Libro 3 del 2 de Diciembre de 2009 que consta 118 estudiantes graduandas, que comienza con el nombre de AGUDELO JIMENEZ ANGIE PAOLA y se cierra con el nombre de VILLAMIL MONTIEL KATHERINE.

Firmada por: Rectora: **Luz María Vargas Aguilar**  
Secretario Académico: **Mario César Velandia Guzmán**

Dada en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Diciembre de 2009

Rectora

Luz María Vargas Aguilar  
CC No. 41.568.364 de Bogotá

FIRMADA

Secretario Académico

Mario César Velandia Guzmán  
CC No. 79.053.824 de Bogotá

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Laura Viviana Ruiz Manroy 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:

Nutricionista Dietista

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

[Firma]

No. de documento:

1031145266 de Bogotá

Tarjeta profesional No:

07458

Dirección de contacto:

calle 29 a sur 50 42 P1 1.

Teléfono:

3195216754



**HOGAR INFANTIL ALBERTO GALINDO VILLAVIEJA**

**ASOC DE PADRES DE FAMILIA Y VECINOS H.I. ALBERTO GALINDO**

**Nit: 800255272-3**

**CI 3 N° 2-43 TEL: 8797505**

**PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION 0311 DEL 16 DE MARZO DE 2.004**

**LA SUSCRITA DIRECTORA DEL HOGAR INFANTIL ALBERTO GALINDO DE VILLAVIEJA.**

**CERTIFICA:**

Con la presente certifico que la señora **LAURA VIVIANA RUIZ MONROY**, identificada con cedula N° 1.031.145.266 expedida en Bogotá - Cundinamarca, labora en nuestra Institución, como Nutricionista de apoyo, con contrato de prestación de servicios desde el 04 de Mayo del 2.018 al 31 de Octubre de 2.018 pago mensual de QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS MCTE (\$538.860=).

El presente certificado se expide a solicitud de la interesada para trámites personales.

Dado en Villavieja (H) a los catorce (14) días del mes de Septiembre de 2.018.

**LUPERLI RAMIREZ TOVAR.**

Directora .A.

**ASOC DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL ALBERTO GALINDO VILLAVIEJA**

hogarinfantilvilla@yahoo.es TELEFONO 098-797505 CELULAR 3214093765

**CL 3 # 2-46 BARRIO LAS BRISAS**



**FUNDACIÓN SEMBRANDO FUTURO CON AFECTO**  
**ENTIDAD OPERADORA DEL ICBF**  
**Nuestros Valores: "El Amor – El Servicio – La Verdad y La Justicia"**  
**Neiva – Huila – Colombia.**



## **LA COORDINADORA**

### **CERTIFICA**

Que la señora **LAURA VIVIANA RUIZ MONROY** identificada con cédula de ciudadanía número 1.031.145.266 de Bogota, trabaja en la Fundación Sembrando Futuro con Afecto, desempeñando el cargo de **NUTRICIONISTA**, desde el 9 de abril de 2018 Devengando una asignación mensual de **DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/cte. (\$2.700.000)** Moneda corriente; con contrato por prestación de servicio renovable.

Dado en Neiva el trece (13) de septiembre de 2018.

Cordialmente,

  
**LUZ MARY BARRIOS HOME**  
**Coordinadora**

Dirección SEDE PRINCIPAL: Calle 12 sur No. 25 – 16  
Barrios Arismendi Mora. Teléfono: 873 45 02  
Telefax: 860 11 40 – Email [fusehuila813@hotmail.com](mailto:fusehuila813@hotmail.com)  
Celular 300 439 8598

Bogotá D.C , 29 de Mayo del 2018

## CERTIFICAMOS

Que LAURA VIVIANA RUIZ MONROY, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No 1031145266, laboro en nuestra empresa desde el 25 de Julio del 2017 mediante diferentes contratos independientes y autonomo cada uno de ellos, que tuvieron solución de continuidad, de los cuales el trabajador recibio las liquidaciones de sus derechos laborales, hechas de manera completa por la empresa y pagados al trabajador sin que este hiciera alguna salvedad.

El ultimo contrato inicio el 03 de Octubre del 2017 y concluyo el 31 de Diciembre del 2017

Desarrollando actividades de NUTRICIONISTA SUPERVISOR (A) para el cliente ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A..

Cordialmente,

Firma Autorizada

CHRYSTIANN RODRIGUEZ

COORDINADOR DE PERSONAL

8583938 Martes 29 de Mayo del 2018 02:22:29 ()

**Bogotá:** Cra 47 N° 100-41 PBX: 6012222 Fax: 6224967

A-1500150-00915645-F-1031145266-20170627  
 0055963913A 1  
 9910051001

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 30-ENE-1993  
 LUGAR DE NACIMIENTO: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)  
 ESTATURA: 1.54  
 G.S. RH: O+  
 SEXO: F

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN: 30-MAR-2011 BOGOTA D.C.  
 REGISTRADOR NACIONAL: JUAN CARLOS GALLINDO YACIA

A-1500150-00915645-F-1031145266-20170627  
 0055963913A 1  
 9910051001

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO: 1.031.145.266  
 APELLIDOS: RUIZ MONROY  
 NOMBRES: LAURA VIVIANA

FIRMA: Laura J. Ruiz

FOTOGRAFIA

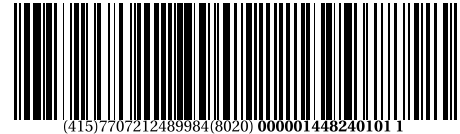
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14482401011



(415)7707212489984(8020) 0000014482401011

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 1 1 4 5 2 6 6

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 0 3 1 1 4 5 2 6 6

27. Fecha expedición:

2 0 1 1 0 3 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

RUIZ

32. Segundo apellido

MONROY

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

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

TV 35 BIS 30 82 SUR

42. Correo electrónico:

lv.soulsings@gmail.com

43. Código postal

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1:

3 0 9 2 8 0 5

45. Teléfono 2:

3 0 0 7 4 0 1 5 1 0

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 7 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código:

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 3 1 0

50. Código:

1 2

**Otras actividades**

1

2

**Ocupación**

51. Código

1 1

52. Número establecimientos

1 1

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código:

1 2

## 12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

54. Código:

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Exportadores**

55. Forma

56. Tipo

57. Modo

58. CPC

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

1

2

3

1

2

3

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 0 9 1 3

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 RUIZ MONROY LAURA VIVIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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

Fecha 14/09/2018

**CONTRIBUYENTE**

C C 1031145266

LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

**INFORMACIÓN BÁSICA**

Dirección TV 35 BIS 30 82 SUR  
 Telefonos 3007401510  
 Dirección electrónica LV SOULSINGS@GMAIL Ciudad Bogotá D C Municipio Bogotá DC  
 Fecha de Inscripción 28/02/2018 Soporte Inscripción -

**PERFIL TRIBUTARIO**

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL Régimen tributario COMUN Fecha desde NO REGISTRA  
 Fecha inicio de Actividades 01/07/2015 Fecha de cese de Actividades NO REGISTRA No Establecimientos 0

Actividad 1 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n c p  
 Actividad 2 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud )  
 Actividad 3  
 Actividad 4  
 Actividad 5

**ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS**

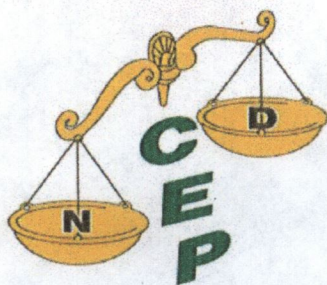
**REPRESENTANTES ACTIVOS**

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

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

Fuente RIT-SHD





# COMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

LEY 73 DE 1.979

## RESOLUCIÓN N° MND 07458 (04 de Abril de 2018)

### "POR LA CUAL SE EXPIDE UNA MATRÍCULA PROFESIONAL"

La Comisión de Ejercicio Profesional de Nutrición y Dietética, en ejercicio de las facultades concedidas por la Ley 73 de 1979, su reglamento, y

### CONSIDERANDO:

Que **LAURA VIVIANA RUIZ MONROY** identificada con cédula de ciudadanía número 1.031.145.266 de Bogotá D.C, presentó y dejó en archivo los documentos requeridos para obtener la Matrícula Profesional como Nutricionista Dietista, con el fin de ejercer legalmente en la República de Colombia.

Que hecha la revisión de la documentación presentada, se encontró correcta y completa conforme a la Ley y a los Reglamentos de la Comisión, siendo aprobada mediante Acta número 176 del 04 de Abril de 2018.

### RESUELVE:

#### ARTÍCULO PRIMERO:

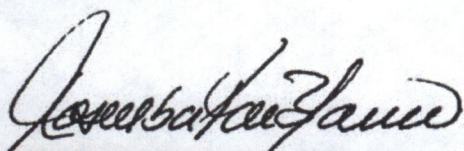
Expedir a **LAURA VIVIANA RUIZ MONROY** la Matrícula Profesional número **MND 07458** para ejercer su profesión legalmente en la República de Colombia.

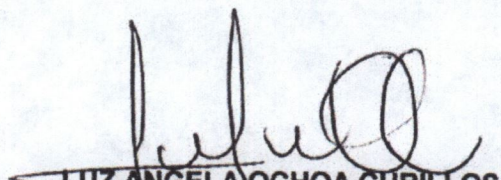
#### ARTÍCULO SEGUNDO:

Radicar en el consecutivo correspondiente, la presente Resolución, archivar cuidadosamente el expediente que dio lugar a esta providencia y ordenar la elaboración y entrega a **LAURA VIVIANA RUIZ MONROY** de los documentos reglamentarios.

### NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de Abril de dos mil dieciocho (2018).

  
**ROSALBA PINTO DE BLANCO**  
Presidenta

  
**LUZ ANGELA OCHOA CUBILLOS**  
Representante Ministerio de Salud  
Y Protección social



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## Resolución No 8984 de 10/07/2018

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

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

#### LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

#### CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RUIZ MONROY LAURA VIVIANA Identificado(a) con CC número 1031145266 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de NUTRICIONISTA / DIETISTA otorgado por PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA el día 10/03/2018, acta de grado No 201803100205 diploma No 174499.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

#### RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a RUIZ MONROY LAURA VIVIANA identificado(a) con CC número 1031145266 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de NUTRICIONISTA / DIETISTA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

#### COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/07/2018

Original Firmado Por  
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.  
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Sebastián Quiroz L.  
Elaboró: Víctor Sánchez

|                                            |
|--------------------------------------------|
| Bogotá, D.C. Agosto 23 / 2018              |
| A la fecha notifiqué personalmente al      |
| señor (a) <u>Laura Viviana Ruiz Monroy</u> |
| CC. # <u>1031145266</u>                    |
| Firma <u>Rosmira Mosquera Padilla</u>      |

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**COMISION DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICION Y DIETETICA**

Ley 73 del 28 de Diciembre de 1979

**MATRICULA PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA DIETISTA**



Matricula No. MND 07458

Acta de aprobación N° 176 Fecha: 04/04/2018

**RUIZ MONROY  
LAURA VIVIANA**

**C.C. 1.031.145.266**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

Esta tarjeta es un documento personal e intransferible que  
acredita a su titular para ejercer la profesión de Nutricionista  
Dietista en el territorio nacional y dentro de los parámetros  
establecidos por la ley 73 del 28 de Diciembre de 1979



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## Resolución No 8984 de 10/07/2018

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

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

#### LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

#### CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RUIZ MONROY LAURA VIVIANA Identificado(a) con CC número 1031145266 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de NUTRICIONISTA / DIETISTA otorgado por PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA el día 10/03/2018, acta de grado No 201803100205 diploma No 174499.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

#### RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a RUIZ MONROY LAURA VIVIANA identificado(a) con CC número 1031145266 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de NUTRICIONISTA / DIETISTA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

#### COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/07/2018

Original Firmado Por  
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.  
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Sebastián Quiroz L.  
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. Agosto 23 / 2018  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) Laura Viviana Ruiz Monroy  
CC. # 1031145266  
Firma Rosmira Mosquera Padilla

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**

Tipo de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación \*

1031145266

Primer Nombre \*

laura

Primer Apellido \*

ruiz

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-09-14→1:54:15 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| CC                  | 1031145266          | LAURA         | VIVIANA        | RUIZ            | MONROY           | <a href="#">Ver</a> |

## Información Detallada [CC: 1031145266] LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

2018-09-14→1:54:15 PM

## Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora               |
|---------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| UNV           | Local                   | NUTRICION Y DIETETICA | 2018/7/10                     | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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

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

**Consérvelo**

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

Libertad y Orden

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres: **LAURO**  
Apellidos: **ROIZ**  
Documento de identidad: C.C. X.T.I. Pasaporte No. **1031145266**  
Fecha de Nacimiento: Día **30** Mes **01** Año **1993**

| Biológico                     | Dosis | Fecha       | Fabricante y Lote | Firma           |
|-------------------------------|-------|-------------|-------------------|-----------------|
| Sarampión Rubéola             | 1     | 17 NOV 2011 | 012M90 0 61       | Hosp. Chapinero |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 2     |             |                   |                 |
|                               | 3     |             |                   |                 |
|                               | 4     |             |                   |                 |
|                               | 5     |             |                   |                 |
| Contra Hepatitis B            | 1     |             |                   |                 |
|                               | 2     |             |                   |                 |
|                               | 3     |             |                   |                 |

| Biológico              | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma           |
|------------------------|-------|----------|-------------------|-----------------|
| Contra Fiebre Amarilla | 1     | 17-11-11 | 65469 5/13        | Hosp. Chapinero |
| Contra Influenza       |       |          |                   |                 |
| Otras                  |       |          |                   |                 |

| Biológico                     | Dosis | Fecha        | Fabricante y Lote | Firma               |
|-------------------------------|-------|--------------|-------------------|---------------------|
| Sarampión Rubéola             | 1     | 17-NOV-2011  | 012M90 4          | Hospital Chapinero  |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1     | 06-09-12     | 02419011 c        | H. Chapinero        |
|                               | 2     | 03-09-14     | 024L10150         | H. Chapinero        |
|                               | 4     | 05/02/15     |                   |                     |
|                               | 5     |              |                   |                     |
| Contra Hepatitis B            | 1     | 30 ENE. 2016 | 143402107         | Andrea H. Chapinero |
|                               | 2     |              | 01 MARZO 2016     |                     |
|                               | 3     |              |                   |                     |

| Biológico              | Dosis | Fecha             | Fabricante y Lote | Firma              |
|------------------------|-------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Contra Fiebre Amarilla |       | 04 Noviembre 2017 | 65469 5-13        | Hospital Chapinero |
| Contra Influenza       |       | Hasta Abril /16   |                   |                    |
| Otras                  |       |                   |                   |                    |

~~Profesional~~

# Certificado de Vacunación

Institución: La Cruz y Cruz Roja

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: 10341495266 Tel: \_\_\_\_\_

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|--------|-------|------------------|----------|-----------------|
| ApB    | 2     | 24-9-18          | CFX1801  | Jeny            |
|        |       |                  |          |                 |
|        |       |                  |          |                 |
|        |       |                  |          |                 |

Cortesia de Sanofi Pasteur

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

FECHA: 2018-09-18 17:47:43

RAZON SOCIAL: PARTICULARES

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

NOMBRE: LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

IDENTIFICACION: CC 1031145266

FECHA DE NACIMIENTO: 1993-01-30

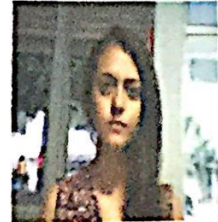
EDAD: 25

DIRECCIÓN: CRA 31 # 51- 87

SEXO: F

CARGO A DESEMPEÑAR: NUTRICIONISTA

TELÉFONO: 3195216754



Hacemos constar que hemos realizado el examen medico al trabajador y que de acuerdo a la resolución 1918 de 2009 y Resolución 2346 del 2007, la custodia de la historia clinica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.

**EXÁMENES REALIZADOS**

Exámen Medico Ocupacional: INGRESO

Con énfasis en: -OSTEOMUSCULAR

Exámenes de Laboratorio:

Exámenes de Laboratorio 1:

Exámenes de Laboratorio 2:

Exámenes de Laboratorio 3:

Otros Exámenes Realizados: VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

Paraclínicos Ocupacionales: ☐ Optometria ☐ Audiometria ☐ Visiometria  
☐ Espirometria ☐ Test de Vértigo

**HALLAZGOS-DIAGNOSTICO:** PACIENTE FÍSICAMENTE SANA

**CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA EL CARGO**

**RECOMENDACIONES:**

- |                                                                                                      |                                                                     |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Uso de elementos de protección personal                          | <input type="checkbox"/> Uso de equipos de protección contra caídas | <input checked="" type="checkbox"/> Hábitos de vida saludable |
| <input type="checkbox"/> Autocuidado                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Pausas activas                  | <input type="checkbox"/> Dieta baja en grasa y carbohidratos  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conservar y cumplir la normas de Seguridad y salud en el trabajo | <input checked="" type="checkbox"/> Realizar Ejercicio              | <input type="checkbox"/> Higiene postural                     |

Manejo por EPS/ARL Cual?: NINGUNO

Incluir en el programa de Vigilancia epidemiología, cual?: NINGUNO

Valoracion por especialista, cual?: NINGUNO

Solicitud de otros paraclínicos, cual?: NINGUNO

**OBSERVACIONES:**

Luis Antonio Duran Poveda  
Médico General Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo  
C.C. 12116276

LUIS ANTONIO DURAN POVEDA

IDENTIFICACIÓN: 12116276

ESP. MEDICO GENERAL ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LIC: 682 DEL 1997

RES: 2119/2014

PACIENTE: LAURA VIVIANA RUIZ MONROY  
C.C. 1031145266

PACIENTE: LAURA VIVIANA RUIZ MONROY

C.C. 1031145266

EL DOCUMENTO ORIGINAL SE ENCUENTRA EN EL SOFTWARE DE SALUD

EL FORMATO IMPRESO NO ESTÁ CONTROLADO

|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO<br>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL |                                                                                                                   | CÓDIGO: ET-CA-FT-011<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-08-22                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| FECHA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 22/01/19                                        | CIUDAD:                                                                                                                                                                                        | Bogotá                                                                                                            | DEPARTAMENTO:                                                                                | Bogotá                              |
| Destiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario podrá permitirse adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| <b>CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                        | PARTICULAR                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                          | CONTRATISTA OPS                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SERVIDOR PÚBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                        | OTRO                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                          | CUAL:                                                                                        |                                     |
| <b>1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO                                | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                    |                                                                                              |                                     |
| Roa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Menroy                                          | Laura                                                                                                                                                                                          | Viviana                                                                                                           |                                                                                              |                                     |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | No IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                              | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)                                                                               | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)                                                                |                                     |
| CC X <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 | 1091145266                                                                                                                                                                                     | Bogotá                                                                                                            | 2011/03/30                                                                                   |                                     |
| PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                        | OTRO                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                          | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/>                                        |                                     |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)             | PAIS NACIMIENTO                                                                                                                                                                                | NACIONALIDAD:                                                                                                     |                                                                                              |                                     |
| 30/01/1993                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | BOGOTÁ                                          | Colombia                                                                                                                                                                                       | Colombiana                                                                                                        |                                                                                              |                                     |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 | PERSONA A CARGO                                                                                                                                                                                | NUMERO DE HIJOS                                                                                                   | TELÉFONO CELULAR                                                                             |                                     |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                                                                                                                                                                | 1                                                                                                                 | 3195216754                                                                                   |                                     |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              | PROFESIÓN / OFICIO                  |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> CUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              | Administradora                      |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CIUDAD RESIDENCIA                               | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                  | PAIS RESIDENCIA:                                                                                                  | TELÉFONO RESIDENCIA                                                                          |                                     |
| Calle 29 a sur 50 - 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bogotá                                          | Bogotá                                                                                                                                                                                         | Colombia                                                                                                          | 9299582                                                                                      |                                     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PORTAL O PAGINA INTERNET                        |                                                                                                                                                                                                | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                  |                                                                                              |                                     |
| lv.soulsingsegmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                                                                                                                                                                                | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA x <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                              |                                     |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CIUDAD:                                         | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                  | PAIS:                                                                                                             | TELÉFONO/FAX                                                                                 |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| <b>2. DATOS DEL CONYUGE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO                                | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                    |                                                                                              |                                     |
| Ordóñez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rodríguez                                       | Álvaro                                                                                                                                                                                         | Leandro                                                                                                           |                                                                                              |                                     |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | NUMERO IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                          | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)                                                                               | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)                                                                |                                     |
| CC <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 | 107771833                                                                                                                                                                                      | Villeta                                                                                                           | 2011/05/26                                                                                   |                                     |
| PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                        | OTRO                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                          | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                                                                                                                                                                | NACIONALIDAD: Colombiano                                                                                          |                                                                                              |                                     |
| <b>3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>             | HOJAR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 | PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                                                               | CUAL:                                                                                        |                                     |
| SOJO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> | COMERCIANTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                           | EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                              |                                     |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | EMPLEADO SOJO <input type="checkbox"/>          | OTRA .... <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                              |                                     |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 | DECLARA RENTA                                                                                                                                                                                  | IVA                                                                                                               | CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA                                                             |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO X                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO X                                                                                  | 8692                                                                                         |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | ICA                                                                                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                | PRINCIPAL: <input checked="" type="checkbox"/> SECUNDARIA: <input type="checkbox"/>          |                                     |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 | AGENTE RETENEDOR                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO X                                                                                  | AGENTE AUTORETENEDOR                                                                         |                                     |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   | SI <input type="checkbox"/> NO X                                                             |                                     |

|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO<br>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL |                                            | CÓDIGO: ET-CA-FT-011<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-08-22                                                                         |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>FUNCIONARIO PÚBLICO</b><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 | <b>ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                 |                                            | <b>NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA</b><br>Subred Integrada Servicios Salud Centro Oriente |                       |
| <b>ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA</b><br>GOBIERNO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> CUAL: X                      |                                 | <b># NIT</b><br>9 009 590 517                                                                                                                                                                  |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>DIRECCION DE LA EMPRESA</b><br>DG34 + 543                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 | <b>TELÉFONO</b><br>344 4484                                                                                                                                                                    |                                            | <b>CIUDAD/MUNICIPIO</b><br>Bogotá                                                                                                |                       |
| <b>CARGO ACTUAL</b><br>Nutricionista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 | <b>DEPARTAMENTO</b><br>Bogotá                                                                                                                                                                  |                                            | <b>PAIS</b><br>Colombia                                                                                                          |                       |
| <b>FECHA VINCULACION</b><br>12/10/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>NUMERO DE EMPLEADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>VENTAS ANUALES</b>           | <b>CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA</b>                                                                                                                                                              | <b>DESCRIPCION ACTIVIDAD</b>               | <b>FECHA CONSTITUCION</b>                                                                                                        | <b>TIPO SOCIEDAD</b>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>5. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>INGRESOS MENSUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 | <b>EGRESOS MENSUALES</b>                                                                                                                                                                       |                                            | <b>ACTIVOS</b>                                                                                                                   |                       |
| <b>SALARIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3'600.000 \$                    | <b>GASTOS FAMILIARES</b>                                                                                                                                                                       | 2'600.000 \$                               | <b>AHORROS</b>                                                                                                                   | \$                    |
| <b>HONORARIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | <b>ARRENDOS</b>                                                                                                                                                                                |                                            | <b>INVERSIONES</b>                                                                                                               | \$                    |
| <b>ARRENDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 | <b>CUOTA VEHICULO</b>                                                                                                                                                                          |                                            | <b>VEHICULOS</b>                                                                                                                 | \$                    |
| <b>COMISIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | <b>CUOTA VIVIENDA</b>                                                                                                                                                                          |                                            | <b>PROPIEDADES</b>                                                                                                               | \$                    |
| <b>OTROS INGRESOS*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 | <b>OTROS GASTOS*</b>                                                                                                                                                                           |                                            | <b>OTROS ACTIVOS*</b>                                                                                                            | \$                    |
| <b>TOTAL INGRESOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$                              | <b>TOTAL EGRESOS</b>                                                                                                                                                                           | \$                                         | <b>TOTAL ACTIVOS</b>                                                                                                             | \$                    |
| <b>DESCRIPCION OTROS INGRESOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | <b>DESCRIPCION OTROS EGRESOS</b>                                                                                                                                                               |                                            | <b>DESCRIPCION OTROS ACTIVOS</b>                                                                                                 |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>6. REFERENCIAS PERSONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>PRIMER APELLIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>SEGUNDO APELLIDO</b>         | <b>PRIMER NOMBRE</b>                                                                                                                                                                           | <b>SEGUNDO NOMBRE</b>                      |                                                                                                                                  |                       |
| Alarcón                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Carón                           | Lorena                                                                                                                                                                                         | Andrea                                     |                                                                                                                                  |                       |
| <b>DIRECCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS</b> | <b>TIPO RELACION</b>                                                                                                                                                                           | <b>TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR</b> |                                                                                                                                  |                       |
| Calle 2 + 23 - 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bogotá                          | Companera trabajo                                                                                                                                                                              | 311 2009961                                |                                                                                                                                  |                       |
| <b>7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>NOMBRE ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>TIPO DE PRODUCTO</b>         | <b>NUMERO</b>                                                                                                                                                                                  | <b>SUCURSAL</b>                            | <b>TELÉFONO</b>                                                                                                                  |                       |
| Bancolombia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ahorros                         | 15441601879                                                                                                                                                                                    | Bogotá                                     |                                                                                                                                  |                       |
| <b>MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>NOMBRE ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>TIPO DE PRODUCTO</b>         | <b>NUMERO</b>                                                                                                                                                                                  | <b>PAIS/CIUDAD</b>                         | <b>MONEDA</b>                                                                                                                    | <b>MONTO PROMEDIO</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:</b><br>IMPORT <input type="checkbox"/> EXPORT <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> CUAL:                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| <b>8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |
| 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 entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):<br>Digite su profesión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                                                                                  |                       |

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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br><b>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</b><br><b>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</b> | CÓDIGO: ET-CA-PT-011<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-08-22 |
| <b>9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <p><b>Asalariado:</b> 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><b>Pensionado:</b> Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p><b>Profesional Independiente/Contratista por OPS:</b> 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. <b>Nota:</b> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p><b>Socios Empresas:</b> 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 Unico 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><b>APODERADO:</b> Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p><b>NOTA:</b> Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados ( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <b>10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL, DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <b>CONSIDERACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <b>AUTORIZACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |
| <p>Para efectos de la presente autorización, enténdase 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><b>Declaro expresamente:</b></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, suministraré 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><b>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:</b> 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><b>3. USUARIOS DE LA INFORMACION:</b> Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p><b>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:</b> Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p><b>5. DATOS SENSIBLES:</b> 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><b>6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:</b> 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 INFORMACIÓN: 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.

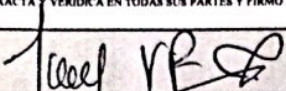
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 3 - 43 Bogotá D.C. teléfono 344 44 44, e-mail: [aria@subredcentrooriente.gov.co](mailto:aria@subredcentrooriente.gov.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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO 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.subredcentrooriente.gov.co](http://www.subredcentrooriente.gov.co)) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME 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 <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |  |
| 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:                   |  |           |  |

CE-006 - 0000000100 – 2018

## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1031145266                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Ruiz Monroy,Laura Viviana     |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                       |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/06/2018                    |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                       |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                    |
| REGIMEN                         | Contributivo                  |

La presente se expide a nombre de Ruiz Monroy,Laura Viviana, a los 31 días del mes de agosto del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yiseth Johanna Corredor Ospina  
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

CE-006 - 0000000100 – 2018

## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1031145266                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Ruiz Monroy,Laura Viviana     |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                       |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/06/2018                    |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                       |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                    |
| REGIMEN                         | Contributivo                  |

La presente se expide a nombre de Ruiz Monroy,Laura Viviana, a los 31 días del mes de agosto del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yiseth Johanna Corredor Ospina  
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.



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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **LAURA VIVIANA RUIZ MONROY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,031,145,266**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Septiembre de 2018.

---

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1031145266

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Laora

Primer Nombre

Viviana

Segundo Nombre

Roa

Primer Apellido

Monroy

Segundo Apellido

30/01/1993

F. Nacimiento dd/mm/aa

Prograta

Ciudad de Nacimiento

Calle 24a sur 50-42

Dirección de Residencia

9249582

Teléfono Fijo

Sanitas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 3'000.000

Honorarios

Es Nutricionista profesional Dietista

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

lv.soulgins@gmail.com

Correo Electrónico

3196216754

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 121059486



WEB

11:16:09

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2019

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) LAURA VIVIANA RUIZ MONROY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031145266:

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 martes 22 de enero de 2019, a las 11:17:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1031145266             |
| Código de Verificación | 1031145266190122111706 |

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., 22 de Enero de 2019 - 11:18 am

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y UN MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS**

**1031145266**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

**ADVERTENCIAS:**

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

**ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co). Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1\_GHKK6\_1811**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:19 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1031145266**

Apellidos y Nombres: **RUIZ MONROY LAURA VIVIANA**

### **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.

# Referencia Bancaria

Sábado, 7 de Abril de 2018

Señor(a)

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LAURA VIVIANA RUIZ MONROY identificado(a) con CC 1031145266, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto   | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 15491501879  | 2018/04/02     | ACTIVA |

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

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

Carolina Giraldo Giraldo  
Gerente Estrategia Canal Telefónico

*le estamos poniendo el alma*

**Bancolombia**