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

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1018445149, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170724 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27403079

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1018445149,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de enero de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

# Tarjeta Profesional
# 188.809

**Resolución No. 42 del 15/04/2024**



## ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ

C.C. 1018445149

## PROFESIÓN: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA - UDEC
Fecha del título: 17/03/2021

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Firmado digitalmente por:
HERNAN ALONSO ZUÑIGA CARVAJAL
Fecha: 19-04-2024 01:01:28 PM

Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio legal de la profesión de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

# Certificado Bancario

Miércoles, 15 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ identificado(a) con CC 1018445149, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 69941031412 | 2022/08/24 | 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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

## ELECTROCARDIOGRAMA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 25/05/2023 BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | SEGUIMIENTO |
| **Paciente:** | ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ | **Identificación:** | 1018445149 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 31 | **Teléfono** | na **Móvil:** 3012855835 |
| **Fecha Nacimiento:** | 22/06/1991 | **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| **Dirección** | CRA 89 A76 35 | **Escolaridad:** | PROFESIONAL |
| **Empresa** | SENA - SIBATE | | |

## RESULTADOS

Ritno :Sinusal

PR - ms: 114

RR ms: 850

QTC - ms: 433

Frecuencia/Min: 70

Eje - Grados: + 41

QRS - ms: 90

QT ms: 401

ST:

Interpretación: Adecuada progresión de onda R. Electrocardiograma normal

Recomendaciones: Estilos de vida saludable: dieta sana, actividad física de forma regular (al menos 3 veces por semana).

PAUL GAMBOA DURAN
R.M.: 1774
MÉDICO CARDIÓLOGO HEMODINAMISTA

JHON PAUL GAMBOA DURAN 1774
Profesional

ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ 1018445149
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

# EXAMEN OPTOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 25/05/2023 BOGOTA D.C
**Paciente:** ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ
**Género** MASCULINO **Edad:** 31
**Fecha Nacimiento:** 22/06/1991
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Dirección** CRA 89 A76 35
**Empresa** SENA - SIBATE

**Tipo de Examen:** SEGUIMIENTO
**Identificación:** 1018445149
**Teléfono** na **Móvil:** 3012855835
**Cargo:** INSTRUCTOR
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
**Escolaridad:** PROFESIONAL

## EVALUACIÓN

**Usa Computador : S** **Horas al día : 4 H** **Iluminación Artificial :** S **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
**Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N** **¿Cuales? :** NO
**Accidentes oculares:** NO
**Antecedentes Personales:** NO
**Sintomatología :** NO
**Cirugía ocular :** N NO
**Usa Corrección** S NO
COMPUTADOR **¿Gafas? :** S **¿Lentes de Contacto?** N

### Agudeza Visual

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Visión Lejana** | **Sin Corrección** | **Derecho: 20/ 30** | **Ambos: 20/ 25** | **Izquierdo: 20/ 30** | |
| | **Con Corrección:** | **Derecho: 20/ 20** | **Ambos: 20/ 20** | **Izquierdo: 20/ 20** | |
| **Visión Próxima** | **Sin Corrección** | **Derecho: 20/ 20** | **Ambos: 20/ 20** | **Izquierdo: 20/ 20** | |
| | **Con Corrección** | **Derecho: 20/** | **Ambos: 20/** | **Izquierdo: 20/** | |
| **Lensometría** | **Izquierdo : -0.75** | | **Derecho : -0.50** | | **ADD :** |

Examen Externo: NORMAL

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: NORMAL

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: -0.75 - OI: -0.75

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

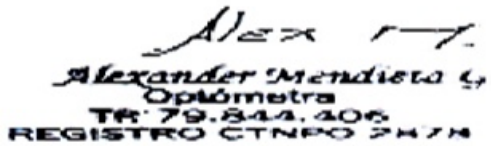
Cie10: MIOPIA-H521
Cie10: -
Cie10: -
Recomendaciones: CONTROL ANUAL GAFAS DE COMPUTADOR

Diagnóstico: MIOPIA

Concepto: PACIENTE SANO

**Formula Final:** OD: -0.50 OI: -0.75
**ADD :** NA **Distancia Pupilar :** NA
**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N** Remitido: -

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE




| | | | |
|---|---|---|---|
| ALEXANDER MENDIETA GONZALEZ | - | ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ | 1018445149 |
| Profesional | | Firma y cédula del Paciente | |

# EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 25/05/2023 BOGOTA D.C
**Paciente:** ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ
**Género** MASCULINO **Edad:** 31
**Fecha Nacimiento:** 22/06/1991
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Dirección** CRA 89 A76 35
**Empresa** SENA - SIBATE

**Tipo de Examen:** SEGUIMIENTO
**Identificación:** 1018445149
**Teléfono** na **Móvil:** 3012855835
**Cargo:** INSTRUCTOR
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
**Escolaridad:** PROFESIONAL

## Descripción del Riesgo Biomecánico en el Cargo Actual - No aplica para exámenes de Ingreso.

**Número de veces al día que manipula objetos:** 0 - **Número de horas al día que Manipula objetos:** 0
**Peso que levanta en promedio diario:**
**Esfuerzos más frecuentes:** - **Halar:** **Empujar:** **Descargar:** **Levantar:** **Cargar:**
**Ayuda con la que cuenta:** **Mecánica** : **Otra Persona:** **Ninguna:**
**Toma los objetos:** **Del piso:** : **A la altura de la cintura:** **Encima del Hombro:**
**Coloca los objetos:** **Del piso:** : **A la altura de la cintura:** **Encima del Hombro:**
**Trayecto de la carga:**:

---

**Posturas (Continuo):**
Sedente - Mayor o igual a 2 horas: - Bípeda - Mayor o Igual a 2 horas: X - Cuclillas - Mayor o Igual a 2 horas: Rodillas - Mayor o Igual a 2 horas:
**Tiempo Jornada:** >75% - **Tiempo Jornada:** Utiliza herramientas que vibran: - Debe estar sentado o de pie sobre una superficie:
**Movimientos Repetitivos:** En un período continuo de 15 minutos acumulando 2 horas en la jornada diaria:
Del hombro con mas de 4 veces por minuto: Del codo con más de 4 veces por minuto: De la muñeca con mas de 4 veces por minuto: SI

**Uso de videoterminales:** Durante cuatro(4) horas al día o menos: SI Durante veinte(20) horas a la semana o más:
**Observaciones:** INSTRUCTORA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA
**Antecedentes Osteomusculares:** NO REPORTA ANTECEDENTES OSTEOMUSCULARES, ACTUALMENTE NO PRESENTA NINGUNA MOLESTIA.

## Actividades Extralaborales

| Actividad | Descripción de la Actividad | Frecuencia en días por Semana | Duración minutos por día |
|---|---|---|---|
| Deportiva: | NINGUNO | | |
| Oficios en el Hogar: | NINGUNO | | |
| Pasatiempos: | NINGUNO | | |

USO EXCLUSIVO

## Examen de Columna

**Vista Lateral:** **Normal :** - **Cifótica:** **Lordótica :** **Cifoordótica :** X
**Vista Posterior:** **Alineada :** **Escoliosis Dorsal:** **Escoliosis Lumbar** **Escoliosis de Dobre Curva:**
**Palpación (dolor)::** NO
**Masas Musculares - Espasmos::** NO
**Flexión lateral anterior::** NORMAL
**Rotación columna::** NORMAL

## Balance de Columna

| | Refracción derecho | Refracción Izquierdo | Fuerza Derecho | Fuerza Izquierdo |
|---|---|---|---|---|
| Pectoral Mayor | Normal | | 5 | 5 |
| Trapecios | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Psoas Iliaco | | Normal | 5 | 5 |
| Isquiotibiales | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Triceps sural | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Extensores de Cadera | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Flexores de Cadera | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Cuadriceps | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Abdominales | Normal | Normal | 5 | 5 |
| Paraespinales | Normal | Normal | 5 | 5 |

## Evaluación de otros segmentosSegmentos

***Seleccione si presenta limitación, edema, dolor o deformidad***

| | | Hombro | Brazo | Codo | Antebrazo | Mano | Dedos | Caderas | Rodillas | Piernas | Cuello de Pie | Pie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lado | Derecho | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Izquierd | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

**Observaciones:**

PACIENTE INGRESA AL SERVICIO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN ESPACIO, PERSONA Y TIEMPO, SIN AYUDA EXTERNA. NO REFIERE DOLOR. PRESENTA RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS A NIVEL GENERAL, DESEMPEÑO MUSCULAR 4/5 SEGÚN ESCALA DE DANIELS, FLEXIBILIDAD CONSERVADA DE TRONCO, CADENA FLEXOEXTENSORA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, PATRON DE MARCHA CONSERVADO, INTEGRIDAD SENSORIAL Y REFLEJA SIN COMPROMISO, INTEGRIDAD TEGUMENTARIA CONSERVADA.

## Reflejos Tendinosos

**Reflejos Osteotendinosos** Simétricos **Reflejos Osteotendinosos** Negativo **Lateralidad** **Tinel** Negativo **Lateralidad** **Phanel** **Lateralidad dominante** Diestro

## PRUEBAS ESPECIALES

**Pinzamiento subacromial** Negativo **Prueba para epicondilitis** Negativo **Prueba de Finkelstein**Negativo **Rodilla Ligamento**Negativo **Rodilla Patela**Negativo**Test Wells**Grado IV**Test Schóner** 4 **cms**

LIDIA BIBIANA LOSADA VERJAN -
Nombre y firma del Especialista

ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ 1018445149
Firma y cédula del Paciente

## LABORATORIO CLÍNICO

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
**900170994**

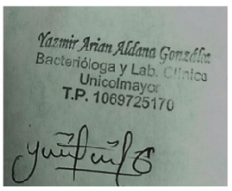
## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 25/05/2023 BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | SEGUIMIENTO |
| **Paciente:** | ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ | **Identificación:** | 1018445149 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 31 | **Teléfono** | na **Móvil:** 3012855835 |
| **Fecha Nacimiento:** | 22/06/1991 | **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| **Dirección** | CRA 89 A76 35 | **Escolaridad:** | PROFESIONAL |
| **Empresa** | SENA - SIBATE | | |

Informe de Laboratorio: 580322

## EXÁMENES REALIZADOS

| Exámenes | Resultados | Valores de Referencia | Notas |
|---|---|---|---|
| **GLICEMIA - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-05-29 16:35:11.0000** | 87mg/dl | 70-110 mg/dl | |
| **PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-05-29 16:35:13.0000** | | | |
| COLESTEROL HDL | 45 mg/dl | Mayor de 40 mg/dl | |
| COLESTEROL LDL | 164 mg/dl | Hasta 160 mg/dl | |
| COLESTEROL TOTAL | 241 mg/dl | Hasta 200 - Riesgo Medio<239 - Riesgo Alto>240 | |
| TRIGLICERIDOS | 164 mg/dl | Hasta 200 mg/dl | |




YAZMIR ARIAN ALDANA GONZALEZ -
Profesional

ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ 1018445149
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
900170994

# ANEXO CARDIOVASCULAR

**Empresa** SENA - SIBATE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre** | ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ | **Sexo** | MASCULINO | **Identificación** | 1018445149 | **Edad** | 31 |
| **Estado Civil** | SOLTERO(A) | | | **Fecha y Lugar de Nacimiento** | 22/06/1991 | BOGOTA D.C | |
| **Dirección** | CRA 89 A76 35 | **Teléfono** | na | **Profesión** | | | |
| **E.P.S.** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | | | **Escolaridad** | PROFESIONAL | | |

## INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

**Cargo** INSTRUCTOR **Fecha de Ingreso** 25/05/2023 **Antiguedad** 0 **Turno** DIURNO

### Anamnesis

| Nombre | Concepto | Notas |
|---|---|---|
| No Refiere | | |

### Antecedentes Patológicos (Familiares)

| Nombre | Concepto | Notas |
|---|---|---|
| No Refiere | | |

### Antecedentes Patológicos (Personales)

| Nombre | Concepto | Notas |
|---|---|---|
| No Refiere | | |

### Examen Físico - Revisión por Sistemas

| Revisión por Sistemas | Edema de miembros inferiores | Palpitaciones | Sincope | Disnea | Dolor precordial | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Cuál? | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Examen Físico** | ***Talla*** | 160 | ***Peso*** | 78 | ***Índice Abdominal*** | 99 |
| | ***Tensión*** | 108/72 | ***Frecuencia Cardíaca*** | 61 | ***Frecuencia Respiratoria*** | 65 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paraclínicos** | ***Glicemia en Ayunas*** | ***Colestero alta densidad*** | ***Colesterol muy baja densidad*** |
| | ***Colesterol Total*** | ***Colesterol baja densidad*** | ***Triglicéridos*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **YESICA FERNANDA JAIMES MEDINA** | - | **ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ** | **1018445149** |
| Firma Profesional | Registro | Firma Empleado | Cedula |

## ANEXO NUTRICIÓN

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 25/05/2023 BOGOTA D.C
**Paciente:** ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ
**Género** MASCULINO **Edad:** 31
**Fecha Nacimiento:** 22/06/1991
**Estado Civil:** SOLTERO(A)
**Dirección** CRA 89 A76 35
**Empresa** SENA - SIBATE

**Tipo de Examen:** SEGUIMIENTO
**Identificación:** 1018445149
**Teléfono** na **Móvil:** 3012855835
**Cargo:** INSTRUCTOR
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
**Escolaridad:** PROFESIONAL

## HISTORIA

**Peso Saludable:** 59 **Peso Meta Inicial:** 0 Medicamentos:

**Desayuno:** - **Hora:** VRIA - **Observaciones:** CHOCOLATE, HUEVO, GALLETAS INTEGRALES

**Nueves:** - **Hora:** - **Observaciones:** JUGO, PONQUE

**Almuerzo:** - **Hora:** VARIA - **Observaciones:** VERDURAS, ARROZ, PROTEINA

**Onces:** - **Hora:** - **Observaciones:** JUGO, PONQUE

**Comida:** - **Hora:** VARIA - **Observaciones:** CREMA DE VERDURAS-TOMATE-BROCOLIVARIA

**Lacteos:** 6
**Pescado:** 2
**Hueno:** 7
**Frutas:** 7
**Cereales:** 7
**Tubérculos/Raíces:** 1
**Azúcares/Dulces:** 5
**Agua:** 7

**Carnes:** 3
**Pollo:** 3
**Leguminosas:** 1
**Hortalizas:** 6
**Productos de Panaderia:** 6
**Plátanos:** 2
**Greasas:** 7
**Otros**

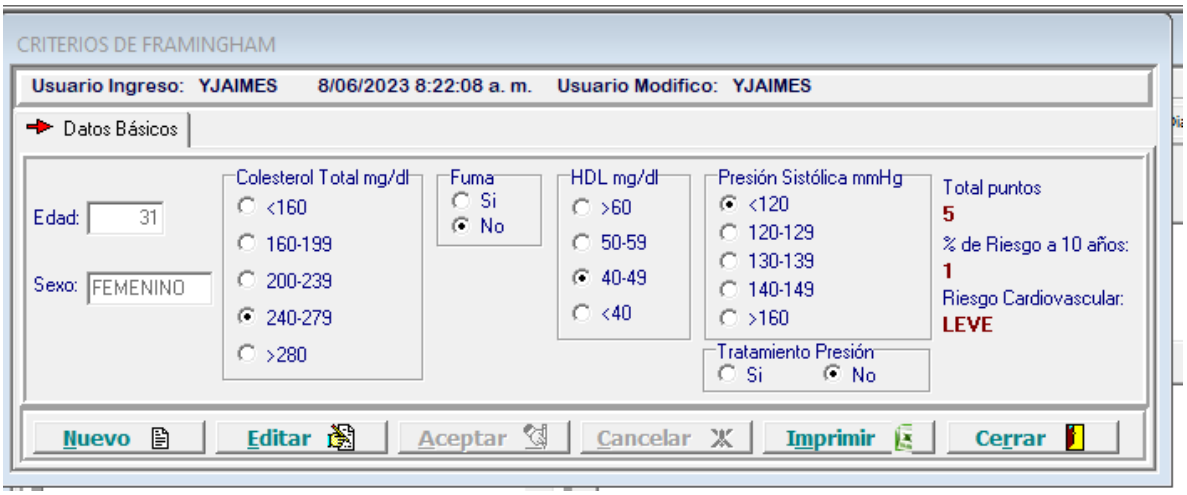
**DIAGNÓSTICO:** OBESIDAD G1, OBESIDAD ABDOMINAL. RECOMENDACIONES: "* Incluya en cada una de las comidas del día frutas enteras y verduras preferiblemente crudas.
* Realice la actividad física mínimo 30 minutos al día."

**RECOMENDACIONES** "* Reduzca el consumo de azúcar y sal en sus preparaciones diarias
* Establecer horarios de comidas que contemplen por lo menos 3 tiempos de comida principales y 2 meriendas
* Evitar el consumo de alimentos fritos, prefiera los cocidos, asados o al horno"

USO EXCLUSIVO PACIENTE

YESICA FERNANDA JAIMES MEDINA -
Profesional

ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ 1018445149
Firma y cédula del Paciente


CRITERIOS DE FRAMINGHAM
Usuario Ingreso: YJAIMES 8/06/2023 8:22:08 a. m. Usuario Modifico: YJAIMES
Datos Básicos
Edad: 31
Sexo: FEMENINO
Colesterol Total mg/dl
<160
160-199
200-239
240-279
>280
Fuma
Si
No
HDL mg/dl
>60
50-59
40-49
<40
Presión Sistólica mmHg
<120
120-129
130-139
140-149
>160
Tratamiento Presión
Si
No
Total puntos
5
% de Riesgo a 10 años:
1
Riesgo Cardiovascular:
LEVE
Nuevo
Editar
Aceptar
Cancelar
Imprimir
Cerrar

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.445.149

CARO RUIZ
APELLIDOS

ESTEFANY KATERINE
NOMBRES

Estefany Caro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-JUL-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00363844-F-1018445149-20120303 0029389542A 1 1481745387

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007912329

(415)7707212489984(8020) 000014100791232 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 8 4 4 5 1 4 9 | 5 | Impuestos y Aduanas de Girardot 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 8 4 4 5 1 4 9 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARO | RUIZ | ESTEFANY | KATERINE |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Fusagasugá 2 9 0 |

41. Dirección principal
CL 22 # 3 B - 21

42. Correo electrónico estefany.caro@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 2 8 5 5 8 3 5 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 4 1 | 2 0 2 3 0 2 0 9 | 8 5 4 2 | 2 0 2 3 0 2 0 9 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CARO RUIZ ESTEFANY KATERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:15/01/2025

| CONTRIBUYENTE | C.C. 1018445149 | ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 22 3 B 21 Teléfonos: 3012855835

Dirección electrónica: estefany.caro@gmail.com Ciudad: SOACHA Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 10/04/2024 Soporte Inscripción: -

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 09/02/2023

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 09/02/2023 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 2: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

# Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora ESTEFANY KATERINE CARO RUIZ identificada con Cédula de Ciudadanía 1018445149, se inscribió en nuestro servicio el día 11/07/2009.

El presente certificado se genera el día 15/01/2025, por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.**

Función Pública

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2025-01-16 12:26 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ESTEFANY | KATERINE | CARO | RUIZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1018445149 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

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

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

Lugar de sede

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

| Dirección | ["CALLE 57 N 8  69  "] |
|---|---|

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $28.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $28.000.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $2.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MOTOCICLETA | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | $3.700.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| GASTOS | $3.000.000,00 |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Caro | Ruíz | Estefany Katerine |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1018445149

*SEXO*: F (X) M ( ) NB ( )

*NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( )

*PAÍS*: COLOMBIA

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 22 MES 06 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 56C 79B 72 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO EMAIL estefany.caro.ruiz@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* | |
| POSTGRADO | 3 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA PARA EL DESARROLLO ORGANIZACIONAL | 10 | 2021 | |
| PREGRADO | 10 | X | | ADMINISTRACION DE EMPRESAS | 05 | 2020 | |
| PREGRADO | 6 | X | | TECNOLOGIA EN ADMINISTRACION HOTELERA Y DE SERVICIOS | 05 | 2013 | |
| PREGRADO | 4 | X | | TECNICA PROFESIONAL EN GESTION HOTELERA Y DE SERVICIOS | 05 | 2011 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 96 | X | | Desarrollo para habilidades del desempeño del instructor SENA | 10 | 2023 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | Planeación de estrategias pedagógicas | 10 | 2023 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | | X | | Orientar formación Presencial de acuerdo con los procedimientos técnicos y normativa | 08 | 2023 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | Servicio al cliente un reto personal | 03 | 2013 |

## 4 IDIOMAS

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | | | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C. | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | | |
| TELÉFONOS: 5461500 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 23 | Mes | 04 | Año | 2024 | Día | 10 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: INSTRUCTOR ASISTENCIA ADMINIST | DEPENDENCIA: ARTICULACION CON LA MEDIA | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 13 65 10 | | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | | | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | MUNICIPIO: SOACHA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 09 | Mes | 02 | Año | 2023 | Día | 09 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: INSTRUCTOR ASISTENCIA ADMINIST | DEPENDENCIA: ACADEMICA FORMACION | | | | DIRECCIÓN: CALLE 13 10 63 | | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COLEGIO GIMNASIO LA CIMA LTDA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7047792 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 08 | *Año* 2021 | *Día* | 18 | *Mes* | 11 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>DOCENTE CATEDRATICO | *DEPENDENCIA*<br>AREA DOCENTE | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 112B - 142 64 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLICK GESTION HUMANA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3134711516 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* 2018 | *Día* | 31 | *Mes* | 05 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ASISTENTE ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>ADMIINISTRACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 20 - 182 35 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENTRO VACACIONES CAFAM MELGAR | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>MELGAR | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6468000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* 2013 | *Día* | 13 | *Mes* | 09 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ASISTENTE DE CALIDAD | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - CALIDAD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 - CARRERA 15 , AVENIDA CAFAM | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COLEGIO MARYMOUNT | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6699077 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* 2011 | *Día* | 20 | *Mes* | 04 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>TECNICO EN GASTRONOMIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE GASTRONOMIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 169B - 74A 02 | | | | | |

**6** **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5461500 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 23 | *Mes:* | 04 | *Año:* 2024 | *Día:* | 10 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2024 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA | *NIVEL EDUCATIVO*<br>EDUCACION MEDIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 13 65 10 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día:* | 09 | *Mes:* 02 | *Año:* 2023 | | *Día:* | 09 | *Mes:* 12 | *Año:* | 2023 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 13 10 63 | | | | | |
| **EXPERIENCIAS DEL DOCENTE** | | | | | | | | | | |
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>COLEGIO GIMNASIO LA CIMA LTDA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7047792 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día:* | 02 | *Mes:* 08 | *Año:* 2021 | | *Día:* | 18 | *Mes:* 11 | *Año:* | 2022 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA | *NIVEL EDUCATIVO*<br>EDUCACION MEDIA | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 112B - 142 64 | | | | | |

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 6 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 5 | 4 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 2 | 9 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogotá 16 de enero de 2025



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**9** **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.

BOGOTA 16/01/2025

*Ciudad y fecha*

Juan Carlos Castillo Ramirez

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*