Departamento del Valle del Cauca Gobernación | paraíso de todos | INCIVA Patrimonio Vivo

Santiago de Cali, 26/03/2025

SEÑOR(A)
CONTRATISTA
La Ciudad
SANTIAGO DE CALI

ASUNTO: INVITACION A PRESENTAR PROPUESTA CONTRATO PRESTACION SERVICIOS

Cordial saludo

El instituto para la investigación y preservación del patrimonio natural y cultural del valle del cauca - INCIVA, se encuentra interesada en Contratar una persona natural para la prestación de servicios para que se ejecute el objeto contractual en el contrato.

De conformidad con lo anterior, de la manera más cordial lo invito a presentar propuesta para el desarrollo de las siguientes actividades:

FUNDAMENTACION JURIDICA: Decreto 1082 de 2015 en su libro 2 parte 2, titulo 1 capitulo 2 secciones 1, subsección 4, articulo 2.2.1.2.1.4.9. Establece, que para la presentación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, se puede contratar directamente con la persona natural o jurídica que este en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que sea necesario que haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto deberá dejar constancia escrita. Así las cosas, como consta en el certificado expedido por la subdirección administrativa y financiera que en la planta global del INCIVA no cuenta con el suficiente personal para dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

El valor y plazo del futuro contrato serán de conformidad con los valores que tienen estipulado el INCIVA para estos servicios y el tiempo que se requiere para su ejecución.

Favor adjuntar la hoja de vida Sigep que demuestre su formación académica con sus respectivos anexos, capacidad, idoneidad y experiencia, al igual que todos los documentos necesarios para la elaboración del contrato respectivo; declarar bajo el principio de buena fe que no se haya incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades de que trata la ley 80 de 1993 modificada por la ley 1150 de 2007 y 1474 de 2011 y demás normas concordantes.

Nota: esta invitación no obliga a la entidad a suscribir contrato o a aceptar la propuesta presentada por usted.

Atentamente,

Emily Vélez

EMILY VANESSA VELEZ AVILA
Directora Inciva

Proyecto y Reviso: Maria Fernanda Castañeda ortega – Asesora Juridica
Aprobó: Maria Fernanda Castañeda ortega – Asesora Juridica

Santiago de Cali, (26) de (MARZO) del 2025.

Señora

EMILY VANESSA VELEZ ÁVILA

Directora INCIVA.

Asunto: Presentación de oferta- **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

Por medio de la presente, me permito presentar oferta para la ejecución de contrato de prestación de servicios a suscribir con el **INSTITUTO PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA PRESERVACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA – INCIVA.**

Por tal motivo, en caso de que sea aceptada esta oferta, me comprometo a cumplir con el objetivo, las actividades y obligaciones del contrato a suscribir, estipuladas en los estudios previos. En igual sentido declaré:

1. Que me comprometo a ejecutar el objeto contractual hasta el plazo determinado en los documentos del contrato.
2. Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no me encuentro en ningún de los casos de prohibiciones especiales para contratar.

Para efecto de los servicios y obligaciones a desarrollar, anexo mi hoja de vida con los documentos y constancias que acreditan mi perfil y experiencia.

Las obligaciones contractuales las puedo cumplir a partir del momento que se me solicite.

Lo anterior para su consideración y aprobación.

NOMBRE: Natalia Conde Ruiz

CEDULA: 1.112.958.053

FIRMA: Natalia Conde Ruiz

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Conde	Ruiz	Natalia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1112958053	F ⊗ M ○ NB ○	COL ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 03 MES 07 AÑO 1989	vereda Barranco bajo CASA MUNICIPAL			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	GINEBRA		
MUNICIPIO	GINEBRA	TELÉFONO	8935064	EMAIL	nataliaconderuiz54@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 OBTENIDO			BÁSICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2008

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	
PREGRADO	4	X		TECNOLOGIA EN PRODUCCION AGRICOLA	12	2013	

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)

4 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

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	GINEBRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3108925530	Día 05 Mes 04 Año 2024	Día 31 Mes 12 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
049/2013 CONTRATISTA	CONTRATISTA	CALLE 10 6 28

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 20 Mes 02 Año 2023	Día 30 Mes 12 Año 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	CONTRATISTA	CALLE 6 23 80 Cali

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	CALI	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5146848	Día 17 Mes 11 Año 2022	Día 30 Mes 12 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	NO APLICA	CALLE 6 - 24 80 ROOSVELT

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GINEBRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AAMBIENTAL						*DIRECCIÓN* AVENIDA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GINEBRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3218935064	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AAMBIENTAL						*DIRECCIÓN* - SIN DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Av. Roosevelt ##24-80,					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GINEBRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 5146848	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROYECTO AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 6 24 80					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Av. Roosevelt 24-80					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 0325146848	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día 14	Mes 10	Año 2020			Día 30	Mes 12	Año 2020				
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Avenida Roosevelt calle 6 #24-80 piso 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CARVAJAL		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3116366606	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día 09	Mes 09	Año 2015			Día 13	Mes 11	Año 2018				
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Natalia Conde Ruiz

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-03-12 08:29

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NATALIA		CONDE	RUIZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1112958053

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GINEBRA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GINEBRA

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	INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CALI

Dirección	["Avenida Roosevelt Nº 24-80"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$16.650.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$16.650.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. 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 INTERES

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:

INCIVA	DECLARACION DE NO TENER INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR	FO-PAR-28	VERSION: 01	
			FECHA: 09 noviembre 2020	Página 1 de 2

NOMBRE COMPLETO	Natalia Conde Ruiz
CEDULA DE CIUDADANÍA	1'112.958.053
CARGO O CONTRATO QUE SE CELEBRA	Prestacion de Servicios
Mediante la firma de este documento declaro que no tengo ninguna de las siguientes inhabilidades y/o incompatibilidades. En el caso que usted no declarará de manera inmediata se dará por terminado el contrato:	

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Certifico que:

No he celebrado contratos de Unión Temporal o Consorcios con INCIVA
No he celebrado contratos que dieran lugar a la declaratoria de caducidad en INCIVA
No he sido condenado judicialmente con destitución o a la pena de interdicción
No tengo cónyuge de algún servidor público que ejerza dirección en INCIVA
No soy hijo servidor público en INCIVA
No soy cónyuge o compañero permanente ni me encuentro dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad con cualquier otra persona que formalmente haya presentado propuesta para una misma licitación o concurso en INCIVA
No soy socio de sociedades de personas a las que se les haya declarado caducidad (así se vinculen posterior a la declaración) de contrato con INCIVA
No he sido condenado por peculado, concusión, cohecho, prevaricato o soborno trasnacional (aplicable para sociedades donde sean socios los condenados por estos salvo sociedades anónimas abiertas)
No he sido miembro de junta o consejo directivo o servidor público de la entidad contratante
No tengo parentesco hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con servidores públicos de nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembros de junta o consejo directivo o con quienes tengan funciones de control interno o fiscal de la entidad con INCIVA
No tengo cónyuge o compañero (a) permanente de servidor público en los mismos cargos.
No pertenezco a corporaciones, asociaciones, fundaciones o sociedades anónimas que no sean abiertas, ni las limitadas y de personas en las que el servidor público en nivel directivo, asesor o ejecutivo, miembro de junta o consejo; o cónyuge, compañero (a) permanente o parientes hasta 2 grado de consanguinidad, afinidad, civil que tenga participación o desempeñe cargos de dirección o manejo en INCIVA.
No tengo familiares que sean Miembros de junta o consejo directivo para con la entidad donde trabajan o donde la entidad esté adscrita o vinculada

Nota aclaratoria :

Se entenderá para efectos de parentesco los siguientes: consanguíneo primer grado (padres o hijos); segundo grado de consanguinidad (abuelos, nietos o hermanos); tercer grado de consanguinidad (bisabuelos, bisnietos, tíos o sobrinos); cuarto grado de consanguinidad (primos).
Parentesco por afinidad: primer grado de afinidad (padres o hijos de su cónyuge o compañero (a) permanente); segundo grado de afinidad (hermanos o abuelos de su cónyuge o compañero (a) permanente); tercer grado de afinidad (tíos o sobrinos de su cónyuge o compañero (a) permanente); cuarto grado de afinidad (primos de su cónyuge o compañero (a) permanente).

*Lo anterior acorde a lo contemplado en el artículo 8 de la Ley 80/1993; artículo 14 del decreto 2326/1996; artículo 18 de la Ley 1150/2007; artículo 75 del Decreto Extraordinario 1950 /1973; artículo 4 del Decreto 1042 de 1978; Ley 37 de 1993; artículo 1 de la Ley 44/1993; artículo 49 y 146 del Decreto 1421 de 1993; artículo 70 de la Ley 136/1994; artículo 4 del Decreto 679 de 1994; artículo 4 del Decreto 856 de 1994; artículo 14 del Decreto 1824 de 1994; artículo 90 de la Ley 418/1997; artículo 70 de la Ley 617/2000; artículo 10 de la Ley 643/2001; artículo 4 de la Ley 716/2001; art. 273 Decreto 1333 de 1986; artículo 54 de la Ley 734/2002 y el Artículo 128 de la Constitución Política que expresa: "Nadie podrá desempeñar simultáneamente más de un empleo público ni recibir más de una asignación que provenga del tesoro público, o de empresas o de instituciones en las que tenga parte mayoritaria el Estado, salvo los casos expresamente determinados por la ley. Entiéndase por tesoro público el de la Nación, el de las entidades territoriales y el de las descentralizadas". Es por tanto que declaró que no me encuentro en ninguno de los supuestos en los que vulneraría estos artículos y lo manifiesto bajo la gravedad de juramento

COPIA CONTROLADA

FIRMA DECLARACIÓN:

Natalia Conde Ruiz

Cédula de Ciudadanía No. : 1.112.958.053

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.112.958.053

CONDE RUIZ

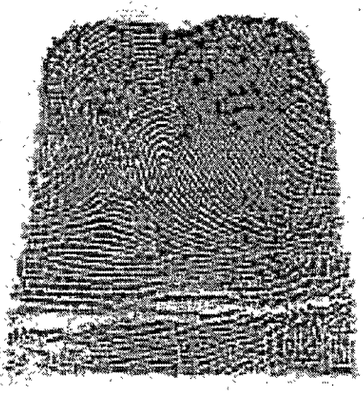
APELLIDOS

NATALIA

NOMBRES

Natalia Conde

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1989

GINEBRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

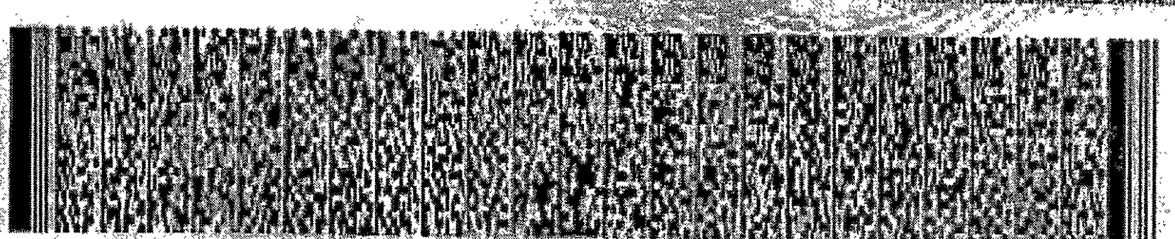
O+
G.S. RH

F
SEXO

26-SEP-2007 GINEBRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-3105800-00154617-F-1112958053-20070418 0010701430A 1 26413459

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14955666013

(415)7707212489984(8020) 000001495566601 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 2 9 5 8 0 5 3	1	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 2 9 5 8 0 5 3	2 0 0 7 0 9 2 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Ginebra 3 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CONDE	RUIZ	NATALIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Ginebra 3 0 6

41. Dirección principal: VDA BARRANCO BAJO

42. Correo electrónico: nataliaconderuiz54@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 8 9 3 5 0 6 4	3 1 0 3 8 0 7 3 2 4

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 2 9 9	2 0 1 3 1 2 1 1	8 5 5 9	2 0 1 5 0 7 2 4					

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

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 61. Fecha: 2023 - 10 - 10 / 21 : 19: 02

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: CONDE RUIZ NATALIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-10-2023 09:19:51PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

INSTITUCION EDUCATIVA
INMACULADA CONCEPCION
HERMANAS DE LA PROVIDENCIA
Y DE LA I.C.
Ginebra - Valle

DANE: 176306000421

Acta de Grado

En la ciudad de **Ginebra - Valle** a los **19** días del mes de **JULIO** del año **2008** se reunieron las suscritas Rectora y Secretaria en la rectoría de la **INSTITUCION EDUCATIVA INMACULADA CONCEPCION** con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) de último grado.

Institución aprobada legalmente en todos sus niveles educativos y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad **ACADEMICA** mediante **Resolución No. 2060 del 13 de Septiembre de 2002.**

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los logros propuestos en el plan de estudios del Proyecto Educativo Institucional correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NATALIA CONDE RUIZ
C.C. No. 1.112.958.053 de Ginebra-Valle

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **022** de fecha **JULIO 19 DE 2008** que consta de **96** alumnos que comienzan con el nombre de **Juan Camilo Agredo Sánchez** y se cierra con el nombre de **Greller Durbary Zuniga Reyes.**

Firmado y sellado por **Sor MARLENE DE LAS MERCEDES MONTOYA MARIN** (Rectora) y **NELLY OSPINA ZULETA** (Secretaria).

Dada en **Ginebra - Valle** a los **19** días del mes de **Julio** de **2008.**

FIRMADO Y SELLADO

RECTORA
C.C. No. 32.076.835 de Medellín

SECRETARIA
C.C. No. 29.533.594 de Ginebra - Valle

DIPLOMA No. 77908

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa

Inmaculada Concepción

Ginebra – Valle del Cauca
Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental mediante
Resolución No. 2050 de Septiembre 13 de 2002

Confiere a

Natalia Conde Ruiz

C.C. No. 1.112.958.053 de Ginebra-Valle

El Título de

Bachiller Académico

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

Rectora

Secretaria

Dado en Ginebra - Valle, a los 17 de Julio de 2.008

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 5 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

AIR 32008

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 11 de marzo de 2025, a las 23:47:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1112958053
Código de Verificación	111295805325031123 4707

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 266803766

PIB
12:31:56

Bogotá DC, 20 de marzo del 2025

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) NATALIA CONDE RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1112958053:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:32:24 PM horas del 20/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1112958053**

Apellidos y Nombres: **CONDE RUIZ NATALIA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/03/2025 01:32:47 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1112958053 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **112842703** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:43:06 horas del 20/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1112958053,** Apellidos y Nombres **CONDE RUIZ NATALIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **INCIVA**, con NIT **800086201-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1112958053 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 12/03/2025 03:24 PM

Código Verificación: **86JZ5NL9DW**

Válida hasta: **10/06/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUNDACIÓN IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL FIME INTEGRAMOS TU CUERPO Y TU MENTE	CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL	Codigo: AM01
		Version: 002
		Emision: Agosto 08
	GESTION ASISTENCIAL	Pagina: 1 de 1

Certificado de Aptitud laboral de : Ingreso
Fecha de Atencion: martes, 5 de julio de 2022
Nombre del trabajador: NATALIA CONDE RUIZ
Cedula de Ciudadania: 1.112.958.053 **de** GINEBRA
Edad: 33 años **RH** O+
Empresa: PARTICULAR
Cargo: GESTOR AMBIENTAL
Area / Seccion: OPERATIVO



Diagnosticos:	Conducta / Manejo:
0	0
EXAMEN MEDICO LABORAL	0
EN EL MOMENTO DE VALORACION MEDICA EL PACIENTE NO	0
PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS COMPATIBLES CON EL VIRUS	0
DEL COVID - 19	0
0	0
0	0
0	0

Examenes complementarios

Audiometria NO SAL 0 ELI O.D. 0 ELI O.I. 0 LARSEN O.D. 0 LARSEN O.I. 0

Visiometria NO Agudeza visual Lejana O.D. 0 O.I. 0 Agudeza visual cercana O.D. 0 O.I. 0

Stereopsis **Normal** Forias **Normal** Cromaticidad **Normal**

Optometria NO SOLICITADO

Espirometria NO SOLICITADO

Otros: NO SE SOLICITARN RX NI PARACLINICOS DE LABORATORIO
0
0

Restricciones y/o recomendaciones RECOMENDACIONES ERGONOMICAS: USO DE EPP,PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LAS NORMAS DE
DE LA EMPRESA, HIGIENE POSTURAL, EJERCICIOS, DIETA.
0
0

Concepto medico de Aptitud Laboral: **Apto para el cargo sin restricciones**

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007).



Firma Medico Ocupacional y Registro Medico

Firma y cédula del trabajador

Huella indice derecho

Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente me encuentro conforme con la informacion de mi examen medico y resultados paraclinicos. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S. a la cual sere afiliado.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	18 03 2025 DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐	A.Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒	A. Contributivo ☒	Si ☐
B. Reporte de Novedad ☒	- Beneficiario o Afiliado Adicional ☐	B. Subsidiado ☐	No ☒
	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: CONDE	Segundo Apellido: RUIZ	Primer Nombre: NATALIA	Segundo Nombre:

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación
CC	1112958053	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio			DD/MM/AAAA
COLOMBIANA	COLOMBIA	VALLE		GINEBRA			0 3 0 7 1 9 8 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
		Si ☐ No ☐ Categoría de la discapacidad:	Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA	COLPENSIONES	1423500	

26. Residencia				
Dirección de Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	
VEREDA BARRANCO BA		3218935064	nataliaconderuiz64@gmail	
Departamento: VALLE	Municipio/Distrito: GINEBRA	Localidad/Comuna: VEREDA BARRANCO	Zona: Cabecera municipal ☐ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio	DD/MM/AAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1															DD/MM/AAAA
B2															DD/MM/AAAA
B3															DD/MM/AAAA
B4															DD/MM/AAAA
B5															DD/MM/AAAA

Datos Complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50.Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de Residencia						52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular
			Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS MEDIC- GINEBRA-S.A.S	92375
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)
NATALIA CONDE	CC	1112958053	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

Scanned with CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo Identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01 DD 03 MM 2025 AAAA	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☒ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☒ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Natalia Conde Ruiz	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de Indentidad anexos — CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:

ANGIE MUÑOZ 2675 USUARIO COTIZA COMO INDEPENDIENTE

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

FT-GEC-AF-008

Scanned with CamScanner

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización: 26/12/2024

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	1 8 0 3 2 0 2 5	Código Asesor	2675	Sucursal	CALI	Ciudad/Municipio	CALI

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de Ingreso a la EPS anterior	D D M M A A A A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D D M M A A A A

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema AAAA	MM	DD	Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior AAAA	MM	DD	Fecha de retiro a EPS Anterior AAAA	MM	DD	Corre Electrónico	Puntaje Sisbén
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI X NO_____

Correo Electrónico:

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a restablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto.
h) Realización de actualización de datos. Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A corresponden a datos de salud.
De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados,
2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.som.co El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensor del usuario@sos.com.co o protección de datos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.
La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresó que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante Natalia Conde Ruiz

C.C. N°

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NATALIA CONDE RUIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1112958053,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2015** 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 13 de marzo 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Santiago de Cali, (26/03/25)

SEÑORES

INCIVA

Por medio de la presente informo que me voy afiliar a la siguiente ARL:

ARL POSITIVA SI X **OTRA ARL CUAL:** _____
NO ____

NOTA: SOLO SI SE AFILIA A UNA ARL DIFERENTE A POSITIVA, ENTONCES DILIGENCIAR LO SIGUIENTE:

Me comprometo y es mi responsabilidad una vez firme **el CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON EL INCIVA,** radicarlo ante la respectiva ARL **(DIFERENTE A POSITIVA)** _____, en el nivel de riesgos # 3 (2,436%), y entregar el certificado de afiliación al área jurídica del INCIVA, junto con el informe de supervisión, así mismo reportarlo y cancelar en la planilla de liquidación junto con la EPS y PENSION.

Cordialmente,

Firma Natalia Conde Ruiz

Nombres y apellidos Natalia Conde Ruiz

Cedula No 1.111.958.053

Celular 3218935064

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BUGA, VALLE DEL CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese

14/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NATALIA CONDE RUIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1112958053**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570016470264918**
Fecha de apertura	**01/03/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEÑORES

INCIVA

ASUNTO: Autorización para expedición y consulta de certificados. Por medio del presente documento informo mi deseo y autorización para que se expida de manera virtual el certificado del **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM Y LA CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS LEY 1918 DE 2018**, esto con el fin de dejar constancia de los mismos en el expediente del proceso contractual. Para constancia de lo anterior se firma el día 26 de Marzo del 2025.

Atentamente,

NOMBRE: Natalia Conde Ruiz
CEDULA: 1.112.958.053
CELULAR: 3218435064

FIRMA: Natalia Conde Ruiz

SEÑORES

INCIVA -

ASUNTO: Autorización de notificación electrónica

Por medio del presente documento informo mi deseo y autorización de ser notificado de manera electrónica en lo relacionado a circunstancias, inconvenientes o controversias provenientes de mi proceso **precontractual, contractual, poscontractual** y todas las **obligaciones suscritas** con la entidad estatal a través de la figura del contrato de prestación de servicios, esto con el fin de la resolución de las mismas.

Esto en concordancia con la Ley 2213 del 2022, y Ley 1437 del 2011, en la cual, dentro de su artículo 56 precisa la necesidad de **aceptación** de la persona para recibir notificaciones de forma electrónica para surgir los efectos que requiera cada caso de acuerdo a su fin.

Correo electrónico para notificaciones: nataliaconderuiz54@gmail.com

(NOTA): En caso de cambio del correo electrónico, el proveedor deberá reportar a la entidad estatal su nueva dirección de correo electrónico mediante carta dirigida al INCIVA.

Para constancia de lo anterior se firma el día (26) de (03) del 2025.

Atentamente,

Firma Natalia Conde Ruiz

Nombres y apellidos: Natalia Conde Ruiz

Domicilio: Calle 10 #7-29 - Ginebra

Cedula No. 1112.958.053

Teléfono: 3218935064