EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	04
		VIGENCIA	15/08/2025

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos				
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.				
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
12	Registro usuario Secop II				
13	RUT Actualizado				
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
15	Certificado actual de afiliación EPS				
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)				
19	Formato de oferta de prestación de servicios				
20	Formato de indemnidad				
21	Formato de ARL				
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)				
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				

	ODONTOLOGO					
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años					
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador					
57	Toma de muestra con fecha de vigencia					
	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
58	Retiro e inserción DIU					
59	Retiro e inserción JADELLE					
60	Certificado de formación en toma de citología					
61	Soporte vital avanzado					
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado					
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia					
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia					
66	Registro único nacional de tránsito RUNT					
67	Licencia de conducción					
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito					
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.					
	AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico					
71	Primeros Auxilios					
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)					
	INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA					
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea					
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)					
	RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.					
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)					
	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN					
78	Certificación de manipulación de alimentos					
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.					
	MANTENIMIENTO					
80	Certificado curso de alturas					
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.					
	EXPERIENCIA LABORAL					
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado					
Nombre y firma de quien verifica la documentación:						

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 6 de Agosto de 2025

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

Cargo: Nutricionista

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

ALIX EDITH ORTIZ G.
CC: 39.710.502
Dirección: Kra 20 N. 40 -15 sur

Email: alixedith@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3114447818



ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
C.c. 39.710.502 de Bogotá
TEL: cel. 3114447818
Dirección: Kra 20 N. 40-15 sur Barrio Quiroga Bogotá

PERFIL PROFESIONAL

Amplia experiencia en manejo de políticas planes y proyectos en salud pública a nivel comunitario, de instituciones escolares y de salud.

Promoción de estilos de vida saludables y de educación Nutricional encaminados a fomentar hábitos adecuados. Valoración Nutricional en los diferentes grupos de edad. Planificación y ejecución de tratamientos dieto terapéuticos cubriendo las necesidades biológicas en la salud y en la enfermedad.

Planeación, seguimiento, evaluación y control de calidad en las actividades de los servicios de alimentación, capacitación a los manipuladores de alimentos programación de ciclos de minutas.

EXPERIENCIA

UNIDAD MÉDICA FÉNIX
NUTRICIONISTA - DIETISTA
Septiembre 1987 hasta Diciembre 1990

- Manejo de pacientes de consulta externa
- Educación Nutricional de diferentes grupos etáreos
- Tratamiento dietoterapéutico
- Seguimiento Nutricional
- Promoción de estilos de vida saludable

jefe inmediato: Dr. Pablo Luís Rojas

BIOESTETICA ALIX
NUTRICIONISTA - DIETISTA
Febrero 1995 hasta Agosto 1996

- Valoración Nutricional a pacientes con sobrepeso y obesidad
- Tratamiento dieto terapéutico
- Aplicación de masajes con equipos de gimnasia pasiva
- Aplicación de vendas térmicas a los pacientes que lo requieran.

TRABAJO INDEPENDIENTE

CLÍNICA PORTO - BELO
NUTRICIONISTA DIETISTA ÁREA CLÍNICA
Enero 1991 Enero 1995

- Manejo clínico de pacientes hospitalizados
- Valoración Nutricional en diferentes edades
- Recomendaciones nutricionales
- Implementación de dietas terapéuticas en las distintas patologías
- Seguimiento Nutricional
- Recepción de materia prima necesaria para el servicio de alimentación
- Programación de ciclos de minutas
- Manejo del programa de prevención de enfermedades diarreicas

Jefe inmediato: Heidi Palomino Shulle

CAFAM FLORESTA
NUTRICIONISTA DIETISTA
COORDINADOR AREA DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - PRODUCTOS CARNICOS.
JULIO A DICIEMBRE 2003

JEFE INMEDIATO: WILSON SANTOS
SUPERVISOR AREA DE ALIMENTOS CAFAM

IPS M.F. SUAREZ
ENERO 2005
- JULIO 2005
NUTRICIONISTA DIETISTA CONSULTA EXTERNA Y MANEJO DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

JEFE INMEDIATO: DRA. MIRIAN WILCHEZ
CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVO
TEL: 7142239

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA
NUTRICIONISTA - DIETISTA
Febrero 1997 hasta Diciembre 2000
Julio 2005- Diciembre 2007

- Coordinar el programa Desayuno escolar (Gobernación de Cundinamarca)
- Realizar campañas de promoción y prevención y vigilancia en salud a nivel comunitario
- Entregar complemento alimentario a la población canalizada en riesgo Nutricional.
- Vigilar el estado Nutricional de los escolares
- Brindar capacitación sobre alimentación, nutrición y estilos de vida saludable a la niñez y sus familias.
- Implementar loncheras saludables en los colegios municipales
- Coordinar el programa materno – infantil, Recuperación Nutricional y entrega de complementos con convenio con ICBF.
- Coordinar el programa de socorro Programa Mundial de Alimentos (PMA) de la Secretaría de Salud de Soacha.
- Intervenir en el comité de vigilancia Nutricional y epidemiológica con las diferentes entidades de salud.
- Promoción de actividades de Nutrición en la estrategia Escuela Saludable.
- Ejercer control de calidad sobre los componentes lácteo y sólido del programa desayuno escolar.
- Realizar visitas de seguimiento y asesoría a los 40 Restaurantes escolares que funcionan en el Municipio.

- Ejecución de todas las actividades contempladas en el POA de la prioridad Plan Municipal de Alimentación y Nutrición y Fortalecimiento de la Política de Seguridad Alimentaria. PAB 2006 - 2007

Jefe de Inmediato: Dr. HERIBERTO PIMIENTO PATIÑO
Cargo: SECRETARIO DE SALUD DE SOACHA
Teléfono: 575 2830 / 40 / 60

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Funciones: Realizar consulta externa de Nutrición a pacientes remitidos de los diferentes servicios Hospitalarios. 1 Agosto 2014 - Diciembre 2016

FUNDACIÓN CENTRO DE ASESORIA, CONSULTORIA E INTERVENTORIA COMUNITARIA CENAINCO

CORPORACION TANAIJAWA

Cargo: Nutricionista. CENTRO CRECER MARTIRES SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL

Funciones: *Gestión comunitaria y programas educativos (alimentarios y nutricionales) e intervención Nutricional para población beneficiaria (niños con discapacidad cognitiva moderada, grave y autismo), valoración y clasificación del estado Nutricional de niños y niñas de la institución , educación alimentaria y Nutricional sobre hábitos alimentarios, guías alimentarias y hábitos higiénicos dirigida a los a los niños y padres de los niños beneficiarios, supervisión y asesoría técnica en el servicio de alimentos. Capacitación alimentaria y Nutricional. Actividades administrativas propias para del buen funcionamiento del servicio de alimentos. Implementación de sistemas de calidad y Plan de Saneamiento para el control de los productos elaborados, capacitación sobre manipulación de alimentos, estandarización de porciones y hábitos alimentarios.* ***Bogotá 7septiembre / 06 - mayo 7 /07***

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Cargo: INTERVENTORA COMPONENTE TECNICO NUTRICIONAL COMEDORES COMUNITARIOS CIUDAD BOLIVAR BOGOTA. Noviembre 2007, Abril 2008.

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA.

Cargo: Nutricionista Asistencia Técnica Departamento de Cundinamarca

Funciones: Realizar asistencia técnica en 116 Municipios de Cundinamarca en la implementación y seguimiento de acciones en la Dirección de Salud Pública Dimensión de Seguridad alimentaria y nutricional, capacitación, seguimiento de las Estrategias, Planes, Proyectos, Política de Seguridad alimentaria y actividades del Plan Operativo anual de cada Municipio asignado. Septiembre 2011 – Diciembre 2023.

ESTUDIOS REALIZADOS

COLEGIO NACIONAL CLEMENCIA DE CAICEDO

- Secundaria Bachiller Académico

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

- NUTRICIONISTA – DIETISTA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

- Especialización en Salud Familiar y Comunitaria.

OTROS

- Taller para la implementación del programa habilidades para vivir Alcaldía Municipal de Soacha.
- Enfermedades de transmisión sexual y SIDA UDES Secretaria de salud de Cundinamarca.
- Seminario contratación estatal Alcaldía y Controlaría municipal de Soacha
- Curso de primeros auxilios. Cruz Roja Colombiana
- Curso de manipulación de alimentos SENA
- Trabajador calificado en procesamiento de carnes, centro nacional de hotelería y turismo. SENA - Hotel
- Sentimientos CAFAM LA FLORESTA
- Taller Nutrición Comunitaria a base de soya y germinados. ICBF
- Sentimientos servicio al cliente, CAFAM FLORESTA
- V Simposio sobre factores de riesgo. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y METABOLISMO.
- Curso Internacional de Nutrición. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN.
- Curso Consejería en Lactancia Materna. Gobernación de Cundinamarca.
- Jornada de actualización sistema de vigilancia alimentaria y Nutricional SISVAN. . Gobernación de Cundinamarca.
- Jornada de actualización en Políticas de Seguridad Alimentaria Gobernación de Cundinamarca.
- Taller Promoción y estilos de vida Saludable para la familia Cundinamarquesa. Universidad Nacional de Colombia.
- Formación de facilitadores de la Estrategia Hacia una vivienda Saludable SENA 2007.
- Foro Seguridad Alimentaria y nutricional. SSC. 2006
- Lineamientos Salud Publica para elaboración del Plan Territorial de Salud . SSC.
- Taller para la implementación de la Estrategia IAMI. 2016
- Foro regional de Lactancia Materna. 2021.
- Curso de AIEPI Comunitario y Clínico. Secretaria de Salud de Cundinamarca.

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
c.c. 39.770.502 de Bogotá tel 3114447818
correo electrónico alixedith@hotmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL DE
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.710.502
ORTIZ GRANADOS

APELLIDOS

ALIX EDITH

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-MAY-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1524700-00161559-F-0039710502-20090707 0013132557A 2 20590707

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 277952953

PIB
18:18:47

Bogotá DC, 06 de agosto 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) ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39710502:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 06 de agosto de 2025, a las 18:19:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	39710502
Código de Verificación	39710502250806181937

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:20:06 PM horas del 06/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39710502**

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

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/08/2025 06:21:07 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39710502** y Nombre: **ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS.**

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. **121149000** . 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

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
Nombre abreviado	ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
Fecha de creación	13/02/2019 (GMT-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	39710502
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14961249885

(415)7707212489984(8020) 000001496124988 5

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
R VEINTE CALLE CUARENTA SUR

42. Correo electrónico alixedith@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio / 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 ORTIZ GRANADOS ALIX EDITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2025-08-06	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ORTIZ	GRANADOS	ALIX	EDITH

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	39,710,502	BOGOTA	1981-05-25
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
14 de marzo 1963	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A) X	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	-	2	3114447818

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kra 20 N. 40 - 15 sur	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3114447818

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alixedith@hotmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GUACANEME	DOZA	LUIS	ALBERTO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79,265,685	BOGOTA	1981-05-15
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	NUTRICIONISTA
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X			SI	NO X	8699	8621
	NO		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI		SI
			NO X		NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	ESE Región de Salud Soacha

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | |

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	NUTRICIONISTA	FECHA VINCULACION	jun-25

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2,500,000	GASTOS FAMILIARES	$ 1,000,000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 450,000,000	DEUDAS TERCEROS	$ 6,000,000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 800,000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 2,500,000	TOTAL EGRESOS	$ 1,800,000	TOTAL ACTIVOS	$ 450,000,000	TOTAL PASIVOS	$ 6,000,000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BUITRAGO	ALBA	GINA	MARCELA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Kra 20 N. 40 - 11 sur	BOGOTA	CUÑADA	3184003998

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	AHORROS	22123219167	SOACHA	NA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): SALARIO COMO NUTRICIONISTA

NUTRICIONISTA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Alix Edith Ortiz Granados, identificado(a) con CC número 39710502, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39710502
NOMBRES Y APELLIDOS	Alix Edith Ortiz Granados
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	14/03/1963
ESTADO DE LA AFILIACION	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	06/09/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	06/09/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 39710502 ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS Desde: 01/04/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 39710502 Trabajador Independiente Desde: 01/01/2025 Hasta: 31/03/2025CEDULA DE CIUDADANIA 39710502 ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS Desde: 06/09/2024 Hasta: 31/12/2024

Generado por interfaces

25/05/2025

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

Colfondos
del grupo HABITAT

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

Señor (a)
AUX. EDITH ORTIZ GRANADOS
KR 20 40 15 SUR BR OLIROGA
AUXEDITH@HOTMAIL.COM
Tel: 3154447818
BOGOTA, D.C.-BOGOTA D.C

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

Respetado(a) Señor(a):

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

Lo anterior teniendo en cuenta que:

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

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

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

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

Beneficiario principal y sustitutos							
Número de ID.	Nombres y Apellidos	F. de Nacimiento	Genero	% de Distribución	Exposición del Derecho	Parentezco	Estado Beneficiario
39710502	AUX. EDITH ORTIZ GRANADOS	14/03/1963	Femenino	100%		Principal	Activo
Fecha de Adquisición del derecho: 14 de marzo de 2020							

Información General	
Edad de afiliado	57
% de Perdida de Capacidad Laboral	
Estado de Bono Pensional	NO BONO
Total semanas cotizadas	745
Total Semanas Cobertura	

Observaciones:

"Todos nuestros productos están vigilados por la Superintendencia Financiera de Colombia, quien controla el cumplimiento de las normas relativas a la actividad financiera y protege los derechos de los consumidores financieros. Para mayor información sobre nuestros productos y servicios, puede comunicarse con nuestra Defensor del Consumidor Financiero: Dr. José Gabriel Pena Gonzalez. Teléfono: Cra. 13 No. 73A-15 Piso 3 en Bogotá."

Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías, NIT 800.149.496-2 - Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantías. Calle 67 No. 7-94, Bogotá, Colombia.
Conmutador: 326 5555, 256 7266 - www.colfondos.com.co - Línea Contact Center: - Bogotá: 748 4888 - Barranquilla: 386 9888 - Bucaramanga: 698 5858 - Cali: 489 9888
- Cartagena: 664 9888 - Medellín: 444 2888 - Desde donde el resto del país: 01 8000 510 000 - Asesoría a través de www.colfondos.com.co Opción contáctenos

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

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

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

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

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

Ciudad	Teléfono	Ciudad	Teléfono
Bogotá:	7434388	Bucaramanga:	6985388
Barranquilla:	3469838	Cali	4899388
Medellín:	6042888	Cartagena:	6949826
Resto del país:		01 8000 51 0000	

Atentamente,

ANDRES CAMARGO ORTIZ
Coordinador de Pensiones
Elaboró: Angela Chima

FORMATO ÚNICO

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
ORTIZ	GRANADOS	ALIX EDITH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39710502	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 03 AÑO 1963		CARRERA 20N 40 15 SUR casa Quiroga Rafael Uribe			
PAÍS	COLOMBIA		PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO	7491718	EMAIL	alixedith@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 GOBERNACION DE CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 26 51 56						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7491718	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	06	*Año* 2013	*Día*	27	*Mes*	09	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Calle 26 No 51-53						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7491718	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	09	Mes	07	Año 2012	Día	08	Mes	04	Año	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN Calle 26 No 51-53						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7491718	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	18	Mes	01	Año 2012	Día	17	Mes	06	Año	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN Calle 26 No 51-53						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	07	Año 2005	Día	27	Mes	08	Año	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN Calle 26 No 51-53						

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:		
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha 06 Agosto 2024

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 | sigepII

FORMULARIO ÚNICO DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 39710502 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 20 N 40 15 SUR casa Quiroga Rafael Uribe TELÉFONO: 3114447818

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Julieth Carolina Guacaneme Ortiz	1013663666	HIJO(A)
Julián Alberto Guacaneme Ortiz	1031149111	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
ASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$36.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$36.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	22123219167	SOACHA	1.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	kr 20 40 - 15 sur	300.000.000

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE: Luis Alberto Guacaneme Doza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. **X** C.E. T.I. N° 79265685

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Alx Ortiz

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 06 Agosto/2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 6 de Agosto 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado(a) con cedula No. 39.710.502 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Nutricionista , manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (**x**) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

_____

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
C.C.39.710.502 de Bogotá

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 6 de Agosto de 2025

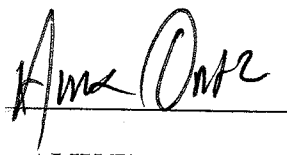
Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS , identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 39.710.502 de Bogotá , por medio del presente documento mepermito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
C.C. No. 39. 710. 502 de Bogotá

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

N.° Documento: CC 39.710.502 de Bogotá

Fecha de Nacimiento: 14 de Marzo 1963

Dirección: Kra 20 N. 40 – 15 sur

Teléfono. Fijo – Celular: 3114447818

E-mail: alixedith@hotmail.com

EPS: SANITAS

AFP: NA

Firma Contratista:

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2025 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	39710502
Nombre:	ALIX EDITH ORTIZ
Fecha Inicio contrato:	01/09/2025
Fecha Fin contrato:	30/11/2025
Fecha Inicio cobertura:	05/09/2025
Número contrato:	14153
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 1
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	04/09/2025 03:06:47 p. m.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 6 de Agosto de 2025

Señores:

Universidad Nacional de Colombia

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdocon lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales,en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo,expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

NUTRICIONISTA DIETISTA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 39.710.502

Tarjeta Profesional N°87-013

Dirección de contacto Kra 20 N. 40 -15 sur

Teléfono: 3114447818

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado (a) con cédula de ciudadanía número 39.710.502, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. B) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	**X** **X** **X**
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 6 días del mes de agosto de 2025

Firma y huella

Celular No. 3114447818

Correo institucional: alixedith@hotmail.com

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 6 agosto de 2025

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS con C.C. 39.710.502 expedida en, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
C.C. 39.710.502

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

Powered by CamScanner

Bollywood	Basic	Facial	Fabric care	Lore	IPX Vanadium	Nonlinear Relationship	Conditional Formatting
Covid-19	Vaccine	24-04-24	Conversion	24-04-24	Optimization	Virtual Reality Cancer Treatment	Extinction Endangered

Powered by CamScanner

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

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transtipocion en los sitios autorizados.

¡POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO!

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunacion del Adulto

Nombres: Alix Edith

Apellidos: Ortiz Gonzalez

Documento de Identidad: C.C. X Pasaporte No. 1089710502

Fecha de Nacimiento: Dia 14 Mes 03 Año 1993

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Tdp	1	04-03-14	02418002B	
	2	04-04-14	02418002D	
	3	04-10-14	02418052B	
	4	21-10-2015		
	5			
Contra Hepatitis B	1	04-03-14	UNA1303	
	2	04-04-14	UNA13031	
	3	04-01-14	UNA13037	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firmas
Contra Fiebre Amarilla	06-01-18	L00461		
Contra Influenza	04-05-15	U3010411		
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 7-sep.-2024 **HORA** 08:13:34
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Alix Edith Ortiz Granados
Edad 61 años 5 meses 23 dias
Documento de Identificación: CC Número: 39710502
Cargo NUTRICIONISTA

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometría
Visión Lejana: *Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.*
Visión Cercana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual que corrige correctamente con uso de lentes. Debe usar lentes para su labor. control optométrico anual.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral.// 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Debe usar lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión cercana.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal
*Valoración con optometría en su entidad de salud para formulación y corrección de defecto visual refractivo.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**		
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173522	Firma		Huella
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Alix Edith Ortiz Granados	
RM.	LIC.SST#3508 de 19 Lic.SO:	CC N°	39710502	

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Nutricionista Dietista

A

Alix Edith Ortiz Granados

C.C. No. 39.710.502 EXPEDIDA EN Tunjuelito

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

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

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

MINISTRO DE EDUCACION

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

0018317

REGISTRADO AL FOLIO 14-0 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 84
Bogotá D.E. 28 agosto 1987

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 53

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE : Medicina

EN SU SESION DEL DIA 14 DE julio DE 1987

ACTA No. 24 CONSIDERANDO QUE:

Alix Edith Ortiz Granados

C.C. No. 39.710.502 de Tunjuelito

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

Nutricionista Dietista

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 142.

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

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

No. 0018317

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

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

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

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

13420

Registro 13644 Folio 799

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

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

ACTA DE GRADO

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

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
C.C. 39.710.502 de Bogotá D.C.

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

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

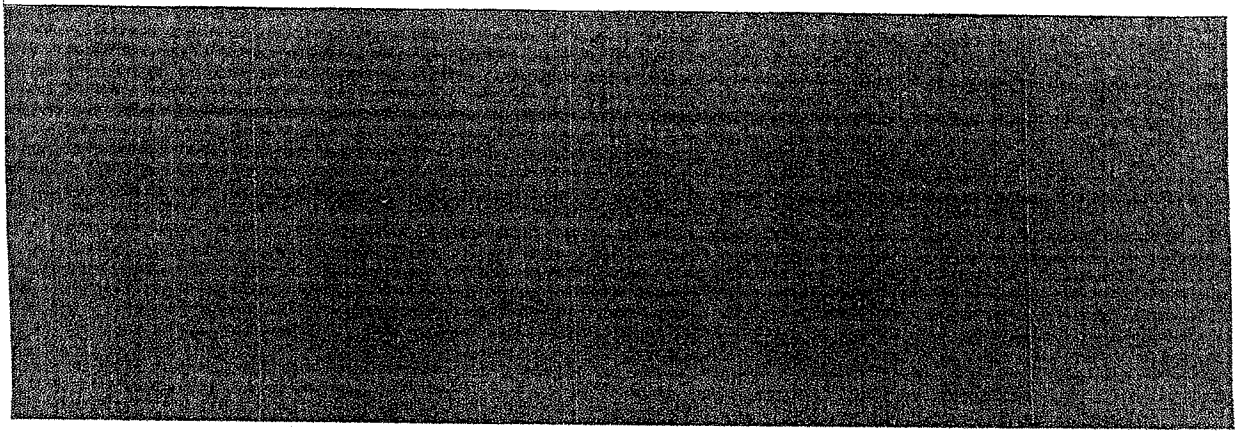
En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los nueve (09) días del mes de diciembre del año dos mil quince (2015).

RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Carrera 7 b bis No. 132 - 11, PBX (571)648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia

No. 113107



LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
DE
CUNDINAMARCA REG. 87-013
N.

HACE CONSTAR

Que al señor(a) ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

ha cumplido los requisitos legales para ejercer

la profesión de NUTRICIONISTA DIETISTA

Fecha 6 de Nov. /87 Registro 87-013-N.

El Secretario de Salud Pública

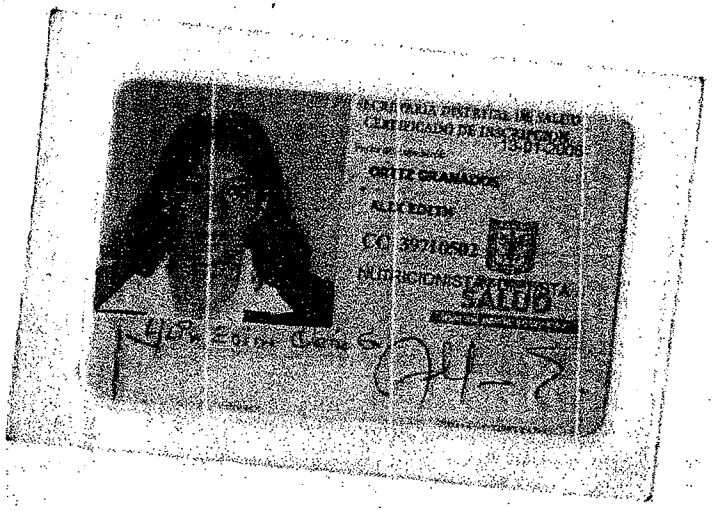
Sello

Nombre ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

C. C. No. 39.710.502 de TUNJUELITO

Libreta Militar _____ D. M. _____

Lugar donde ejerce CUNDINAMARCA


SALUD

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

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

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

EL SECRETARIO DE SALUD

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

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

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

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

R E S U E L V E :

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

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

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

NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

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

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

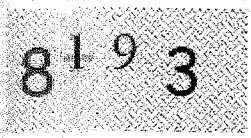
Número de Identificación *

39710502

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2763

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-06→6:27:08 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	39710502	ALIX	EDITH	ORTIZ	GRANADOS	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS identificado(a) con CC 39710502 registra La siguiente información:

2025-08-06→6:27:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Nutrición y dietética	1987-09-16	12809	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando

los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Alix Edith Ortiz Granados

CC 39710502 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

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

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Granados

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

Atención a Victimas de Violencia Sexual-Corazon de León

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

Grupo Psicosocial
Líder del Proceso

21 de abril de 2024

Gobernación de Cundinamarca

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

CERTIFICA QUE

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 39710502

Asistió al Curso Básico de :

SOPORTE VITAL BÁSICO -BLS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

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

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

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

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Granados

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

Atención a Victimas de Violencia Sexual-Corazon de León

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

Grupo Psicosocial
Líder del Proceso

21 de abril de 2024

Gobernación de Cundinamarca

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Alix Edith Ortiz Granados

CC 39710502 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-05-03
Fecha de vencimiento: 2026-05-03

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

CERTIFICA QUE

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 39710502

Asistió al Curso Básico de :

SOPORTE VITAL BÁSICO -BLS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

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

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

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

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Granados

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

Manejo de Dolor y Duelo

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

Grupo Psicosocial
Líder del Proceso

21 de abril de 2024

Gobernación de Cundinamarca

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Alix Edith Ortiz

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: marzo 6, 2025

REGIÓN DE SALUD
SOACHA

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaría de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS**

C.C : 39710502 DE BOGOTÁ

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BÁSICO DE

FIEBRE AMARILLA

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 02 DEL MES DE ABRIL DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

C.E.D.I.F.

EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Alix Edith Ortiz Granados

Con Cédula de Ciudadanía No. 39.710.502 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;

CURSO DE PREVENCION Y ATENCION INTEGRAL DEL DENGUE

Dado en Bogotá a los **08** días del mes de **mayo** de 2025, con una intensidad de 20 horas y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL
C.E.D.I.F.
EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES
NIT. 1.022.398.338-3

JORGE ARMANDO PARDO
FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / teléfono 4125738 - 311 256 1762

ALCALDIA MUNICIPAL DE
SOACHA
SECRETARIA DE SALUD

LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,

DR. ORLANDO RODRIGUEZ
Director de Salud Pública.

SOACHA UNIDA
CONSTRUYE CONFIANZA

Escaneado con CamScanner

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

SDAF-625

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA

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

HACE CONSTAR:

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

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

OBJETO: "Prestación de servicios Profesionales de Nutricionista Dietista para brindar concurrencia en nutrición a 18 Municipios (Caparrapi, Chaguani, Carmen de Carupa, El Peñón, La Palma, La Peña, Palme, Puli, Quebrada Negra, Topaipi, Utica, Vergara, Yacopi, Beltran, Bituima, Nocaima, San Juan de Rio Seco y Villagómez) sin capacidad resolutiva en la Prioridad de Nutrición mediante asistencia técnica, capacitación y ejecución de acciones de promoción y prevención en seguridad alimentaria y nutricional"

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

HACE CONSTAR:

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

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

Escaneado con CamScanner

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

FECHA DE INICIO: 09 DE JULIO DE 2012

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

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

ESTADO: LIQUIDADO

HACE CONSTAR:

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

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

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

FECHA DE INICIO: 28 DE JUNIO DE 2013

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

PLAZO DE EJECUCION: TRES (03) MESES ANTICIPADA

FECHA DE TERMINACION: 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013

ESTADO: LIQUIDADO

HACE CONSTAR:

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

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

Escaneado con CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

/CundinamarcaGob @CundinamarcaGob

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

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

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

SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa y Financiera

Proyectó: Edith Barrancos Rivera/Contratista SDAF
Revisó: Leonor Marciales Avendaño/ Profesional Especializado

Escaneado con CamScanner