



LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

03

VIGENCIA

13/03/2025

OK

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	
GESTION DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida en pdf (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	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	Registro usuario Secop II				
11	RUT Actualizado				
12	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
13	Certificado actual de afiliación EPS				
14	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
15	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
16	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II				
17	Formato de oferta de prestación de servicios				
18	Formato de indemnidad				
19	Formato de ARL				
20	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)				
21	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
22	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
23	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
24	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
25	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
26	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES					
*DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
27	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Tarjeta profesional				
34	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
35	ReTHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)				
36	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
37	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
38	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
39	Manejo del duelo (Asistenciales)				
40	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
41	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
42	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
43	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
44	Toma de muestra con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
46	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
47	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
48	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
MEDICO URGENCIOLOGO					
50	Certificado en formación de sedación				
ODONTOLOGO					
51	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
52	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				



LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

03

VIGENCIA

13/03/2025

53	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
54	Retiro e inserción DIU				
55	Retiro e inserción JADELLE				
56	Certificado de formación en toma de citología				
57	Soporte vital avanzado				
58	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
59	Soporte vital avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
60	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
61	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
62	Registro único nacional de tránsito RUNT				
63	Licencia de conducción				
64	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
68	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA					
69	Soporte vital básico				
70	Primeros Auxilios				
71	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
INGENIERO BIOMEDICO					
72	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
73	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
74	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
75	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
76	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular, visíometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACION					
77	Certificación de manipulación de alimentos				
78	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
79	Certificado curso de alturas				
80	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
81	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, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y 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, 10 de Marzo 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

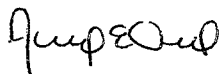
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

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 minutos.

EXPERIENCIA

UNIDAD MÉDICA FÉNIX
NUTRICIONISTA - DIETISTA
Septiembre 1987 hasta Diciembre 1990

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

jefe inmediato: Dr. Pablo Luis Rojas

BIOESTÉTICA 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 Contraloría 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
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.710.502

ORTIZ GRANADOS

APellidos

ALIX EDITH

Nombres

Alix Edith Ortiz

Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1963

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S RH

F

SEXO

25-MAY-1981 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1524700-00161558-F-0039710502-20090707

0013132557A 2

20590707

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 265969509**



PIB

14:16:19

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de marzo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) 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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



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 domingo 09 de marzo de 2025, a las 14:17:57, 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	39710502250309141757

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:19:40 PM horas del 09/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 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.



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, 09/03/2025 03:21:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **39710502**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **112093684**. 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



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

515 9000



Entidad - Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Entidad Estatal/Proveedor

Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

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 UTC-5 17:14:44

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

2 Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141166993092



{415}7707212489984(8020) 000014116699309 2

3. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5. DV

12. Dirección seccional

3 9 7 1 0 5 0 2

4

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 9 7 1 0 5 0 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ORTIZ

32. Segundo apellido

GRANADOS

33. Primer nombre

ALIX

34. Otros nombres

EDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR VEINTE CALLE CUARENTA SUR

42. Correo electrónico

alixedith@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 2 7 9 1 4 9 4

45. Teléfono 2

3 1 1 4 4 4 7 8 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 0 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 5 0 1 1 3

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 5 0 3 0 3

Otras actividades

1

8 6 2 1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 9

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5

4

9

0

0

5

0

1

1

3

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

05. Impto, renta y compl. régimen ordinario

49. No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

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.

59. Anexos

SI

NO

60. No. de folios

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 2010. 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:

884. Nombre

885. Cargo

Alixedith Ortiz
ALIX EDITH ORTIZ

REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022

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

FECHA: 2025-03-10 CIUDAD: SOACHA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter 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 Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ PARTICIPAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

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

ORIGEN: GRANADOS ALIX EDITH

TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION No 39.710.502 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1981-05-25

C.C. ☒ PASAPORTE ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 14 de mayo 1983 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

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

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAESTRO ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA: No 20 74 40 - 15 sur CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIANA TELEFONO RESIDENCIA: 3114447818

CORREO ELECTRONICO: edith.alix@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: N/A TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ PASAPORTE ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 79.265.685 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1981-05-15

CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ BOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL: NUTRICIONISTA

SOLIC ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐

PROFESIONAL ☐ EMPLEADO SOCIO ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARAR ENTA SI ☒ NO ☐ IVA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIUT ACTIVIDAD ECONOMICA: CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: S699

GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒ PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒

ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: ESE Region de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ PETROLICA ☐ MINERA ☐ DEPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45	
				Version		0	
				Vigencia		6/07/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CALLE #9-97		7309230		SOACHA		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL		NUTRICIONISTA		FECHA VINCULACION			
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. INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 2.500.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 1.800.000	ABORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
RENTAS	\$ 0	ARRENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 450.000.000	DEUDAS TERCEROS	\$ 6.000.000
TOTAL INGRESOS	\$ 2.500.000	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
		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 pariente cercano del cliente o beneficiario y debe ser conocido en la zona de trabajo.							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
BUTRAGO	ALBA		GINA		MARCELA		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR		
Km 20 N. 40 - 11 sur	BOGOTA		CUADA		3184003998		
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO		
BANCOLOMBIA	ABORROS		22123219167	SOACHA	N/A		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐ OTRA ☐				CUAL: <input type="text"/>			
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 entregará 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 ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)							
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.							
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.							
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a 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							
Asalarado: 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 anexas copia de la tarjeta profesional del contador legible.							
Hijos 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							



REGION DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Codigo

TH_FTO_45

Version

0

Vigencia

6/07/2022

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 último 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 Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan 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, suministro 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 Prestadoras 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 establezcan el control y la prevención del riesgo. d) La liquidación y pago de cuentas. e) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios relacionados con la salud. f) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a la 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. h) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. i) 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Interna 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, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
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, de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezo de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de las previstas 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).
8. AUTORIZACION: 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.

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

EN FIRMA Y HUELLA

Firma Cliente / Representante Legal

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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
PAPEL ESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	14/03/1963
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	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 Trabajador independiente
Desde 01/01/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 39710502
ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS Desde 06/09/2024 Hasta
31/12/2024

Bogotá D.C., 15 de septiembre de 2020
FAC-04222-20-20

Señor (a):
ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
K2 25-40 15 SUR 82 QUIROGA
ALIXEDITH@HOTMAIL.COM
Tel: 314447313
BOGOTÁ, D.C.-BOGOTÁ D.C.

Tipo de Trámite: Devolución de Saldos
Asunto: Aprobación de Devolución de Saldos
Código: DS017
Identificación: 37710592

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 DEVOLUCIÓN DE SALDOS.

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio personal acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono personal en caso de que tuviera 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 94 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 (BEP) 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							
Documento de ID	Nombres y Apellidos	F. de Nacimiento	Sexo	% de Distribución	Extinción del Derecho	Parentesco	Estado Beneficiario
3071052	ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS	14/03/1963	Femenina	100%		Principal	Activo
Fecha de Adquisición del derecho: 14 de marzo de 2020							
Información General							
Estat del afiliado		27					
% de Puntos de Capacidad Laboral		NO BONO					
Estatos de Bono Funcional		NO BONO					
Total semanas cotizadas		145					
Total Semanas Cotizadas		145					
Observaciones:							

Colfondos S.A. es una entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, que opera en el sector financiero y de seguros, con el fin de promover el ahorro y la inversión en Colombia. Colfondos S.A. es una entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, que opera en el sector financiero y de seguros, con el fin de promover el ahorro y la inversión en Colombia. Colfondos S.A. es una entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, que opera en el sector financiero y de seguros, con el fin de promover el ahorro y la inversión en Colombia.

Colfondos S.A. Financiera y Seguros, N.º 302.143.856-2 - Sociedad administradora de fondos de pensiones y de seguros. Calle 67 No. 7-94, Bogotá, Colombia.
Corporación: 226 5125, D.º 2016 - www.colfondos.com.co - Línea Contact Center: Bogotá 748 4888 - Barranquilla: 315 9388 - Bucaramanga: 695 5288 - Cali: 489 9388
Cartagena: 464 9388 - Medellín: 654 2288 - Carga desde el móvil del país: 01 8000 510 000 - agente o a través de www.colfondos.com.co Opción condiciones

De esta forma, en los próximos días procederemos a dar cumplimiento a lo manifestado por usted en el formato: Solicitud de destrucción de recursos de la conducción de satélites, 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, lo solicitamos hacemos llegar copia de una nueva certificación bancaria. Este documento lo podrá recibir por nuestra página web: <http://www.coltrinidad.com.co>, por la opción Canal de servicio al cliente, 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: Personas Obligatorias - Trámite de devolución, en el numeral nueve (9) seleccione: Pago devolución de saldos, por como 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 Colombia estamos comprometidos con nuestros aliados para brindarles el acompañamiento y asistencia necesarias que les permitan tomar decisiones bien informadas. En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, no dude en comunicarnos a través de nuestro portal www.colombiainfo.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 áreas:

Ciudad	Teléfono	Ciudad	Teléfono
Bogotá	7424328	Sucramanga	6385322
Barranquilla	3265236	Cali	4297152
Medellín	6047228	Cartagena	6545328
Resto del país			01 800 05 18000

Associations

ANDRES CAMARGO ORTIZ
Coordinador de Políticas
Estratégica Angola China

7264. *WATER, PLANT, AND ANIMAL LIFE OF THE GREAT LAKES*. By J. W. G. REED. Chicago: University of Chicago Press, 1910. 120 pp. 10c. (Chicago Natural History Survey, No. 10.)



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ortiz	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Granados	NOMBRES Alix Edith
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 39710502	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 14 MES 03 AÑO 1963 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 20 N 40, 15 SUR casa Quiroga Rafael Uribe PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ D.C. TELÉFONO 7491718 EMAIL nutricionalixortiz@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1980	
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)															
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:															
TG (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA 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		ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	06	2014									
PREGRADO	8	X		NUTRICION Y DIETETICA	07	1987	Si								

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SECRETARIA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SECRETARIA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SECRETARIA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SECRETARIA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALCALDIA SOAHA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SECRETARIA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALCALDIA SOACHA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

4

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 7491718	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	Día	01	Mes	11
	Año	2013		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN Sin dirección		
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 7491718	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	Día	28	Mes	06
	Año	2013		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN Sin dirección		

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7491718				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	09	Mes	07	Año	2012	Día	08	Mes	04	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7491718				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	18	Mes	01	Año	2012	Día	17	Mes	06	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7491718				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	29	Mes	12	Año	2010	Día	28	Mes	10	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO							
DEPARTAMENTO SIN DATO				MUNICIPIO SIN DATO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	07	Año	2005	Día	27	Mes	08	Año	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN MUNICIPIO SOACHA							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO							
DEPARTAMENTO SIN DATO				MUNICIPIO SIN DATO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	15	Mes	02	Año	1997	Día	27	Mes	11	Año	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN MUNICIPIO SOACHA							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO		DIRECCIÓN	

6

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

7

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Soacha 10 marzo 2025

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO
GAITAN YANGUAS

Periodo

01/01/2024- 31/12/2024

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)
Jairo Ortiz	17017777	PADRE
Gilma Granados de Ortiz	20270687	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE X, 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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$24.000.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$24.000.000

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	BANCOLOMBIA	200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	Kr 20 N 40- 15 SUR casa Quiroga Rafael Uribe	80.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLPATRIA	CREDITO	17.000.000

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
NINGUNA	miembro de la junta

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

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

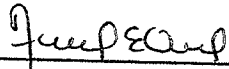
2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOACHA 10 marzo 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN 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, 10_de Marzo_de 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

ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS
 C.C. 39.710.502 de Bogota

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
 Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
 Soacha -Cundinamarca-Colombia.

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.

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

Soacha, 10 de Marzo 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 mepermiso 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

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.º Documento: CC 39.710.502 de Bogotá

Fecha de Nacimiento: 14 de Marzo 1963

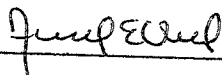
Dirección: Kra 20 N. 40 – 15 sur

Teléfono. Fijo – Celular: 3114447818

E-mail: alixedith@hotmail.com

EPS: SANTAS

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 SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S
E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está
afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las
contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS	C.C.	39.710.502	02/04/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 1 de abril de 2025 a las 06:48:55 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó
en Bogotá 4235757.



AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
NANCY ESPERANZA SECHAGUE BENAVIDES	C.C.	51,902.928	02/04/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 1 de abril de 2025 a las 06:48:55 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

 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 10 de Marzo 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.

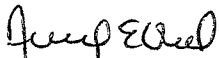
Yo ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 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 

Nº Documento 39.710.502

Tarjeta Profesional Nº87-013

Dirección de contacto Kra 20 N. 40 -15 sur

Teléfono: 3114447818

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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 especificar las 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 pudiese 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



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS

PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica

CÓDIGO

JUR_FTO_20

VERSIÓN

00

VIGENCIA

5/07/2022

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CODIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

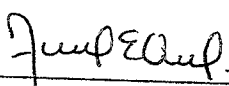
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 10 días del mes de Marzo 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, 10 Marzo 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: artículo 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

Covid-19
Mivacuna

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

Covid-19
Mivacuna

Certificado de vacunación

Nombres

ANX EDITH

Apellidos

Ortiz GRANADOS

Documento
de identidad

C.C. X 11

Pasaporte

PEP

Otro

Cual

Nº 39.710.502

Fecha de
nacimiento

Día 14

Mes 03

Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24-03-21	Janssen	21A21A	Colsubsidio	Mariana Bello Lopez	CC1007296940
	2					Asesor de Enfermería	

Este carnet es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conserve lo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación
a ProTaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

FOR MUY FOR COLOMBIA YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres

Alex Edith

Apellidos

Ortiz Girona

Documento
de Identificación

C.C. 39710502

Fecha de
Nacimiento

Día 14 Mes 03 Año 1963

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	04-03-14	024130228	[Firma]
Toxoides Tetánico Diférico Id	1 2 3 4 5	04-04-14 04-10-14 21-10-2015	024130228 024130228 024130228	[Firma]
Contra Hepatitis B	1 2 3 R	04-03-14 04-04-14 04-05-14	024130337 024130331 024130337	[Firma]

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		06-01-18	020461	[Firma]
Contra Influenza		04-05-15	0501049	[Firma]
Virus de Papiloma Humano				

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 días

Documento de Identificación: CC Número: 39710502

Cargo NUTRICIONISTA



APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometría

Vision Lejana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Vision 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 descansos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante 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 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

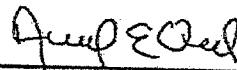
Médico

Trabajador

Firma

UC SST N° 3508 10-07-22
Reg Med N° 72173322

Firma

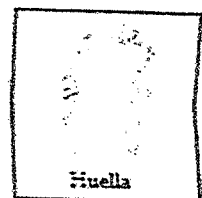


Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

Nombre: Alix Edith Ortiz Granados

RM. LIC.SST#3508 de 15 Lic.SO:

CC N° 39710502



Huella

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



RECIBO DE ENTREGA DE TITULO
C. DINAMARCA

Fecha 6/87
No. 87-043 IV
[Firma]

CONFIERE EL TITULO DE

Nutricionista Dietista

A

Alix Edith Ortiz Granados

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Nutricionistas Dietistas y Asesores
Se otorga con este titulo para todos
los efectos legales
Fecha 16 de 87
Expediente No. 14209

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

[Firma]
DECANO DE LA FACULTAD

[Firma]
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

17.12.86
226
[Firma]
MINISTRO DE EDUCACION

[Firma]
SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DEL MINISTERIO

0018317

REGISTRADO AL FOLIO 14-0 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 8x
Bogotá DE 28 agosto 1987



3

3

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 1957

ACTA No. 24 CONSIDERANDO QUE:

Felix Edith Ortiz Granados

C.C. No. 39.710.502 de *Bunuelito*

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 *Bogota* A LOS 31 DIAS DEL MES DE *julio* DE 1957


PRESIDENTE DEL CONSEJO
DIRECTIVO


SECRETARIO DEL CONSEJO
DIRECTIVO

No. 0018317

21)

21)

LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
DE
CUNDINAMARCA REG. 87-013
N.
HACE CONSTAR
Que el señor 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



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

CONSIDERANDO

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, BOGOTÁ, 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.

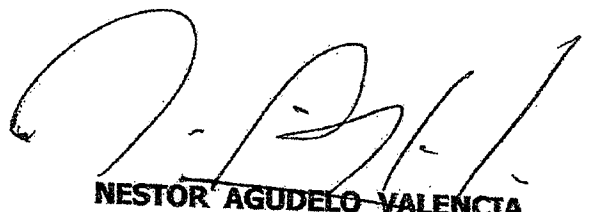
RESUELVE :

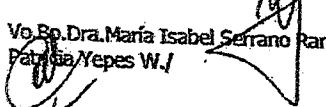
ARTICULO PRIMERO.- Inscribase a **ALIX EDITH ORTIZ GRANADOS**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No.39.710.502 de Tunjuelito - Usme (Bogotá, D.E), para ejercer como **NUTRICIONISTA DIETISTA**, en el Departamento de Cundinamarca.

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./

21

22

Resultado General - 2025-03-09--10:24:10 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estatus Identificación	Detalles
CC	39710502	ALIX	EDITH	ORTIZ	GRANADOS	Vigente	Ver

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

2025-03-09--10:24:10 PM

Información Académica

Tipo de Programa	Modalidad	Programa	Fecha Inicio de Estudios	Fecha Final de Estudios	Unidad Educativa
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).



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.

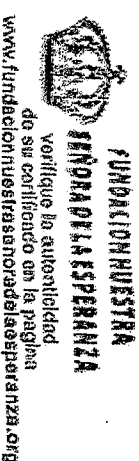
Certifica

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

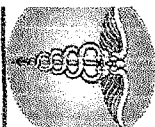


Verifique la autenticidad
de su certificación en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org

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

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



**E.S.E.
HOSPITAL
A MESA**

PEDRO LEÓN ALVAREZ DÍAZ
NIT: 390.680.027-1

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Garza

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

Atención a Víctimas de Violencia Sexual-Corazón de León

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

**Grupo Psicosocial
Líder del Proceso**

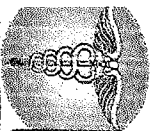
21 de abril de 2024



**Gobernación
Cundinamarca**

5

5



**E.S.E.
HOSPITAL
A MESA**

PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ
Nº: 830.680.027-4

E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

Otorga

certificado a:

Alix Edith Ortiz Giranados

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

Atención a Víctimas de Violencia Sexual-Corazón 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
Cundinamarca**

2

2

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

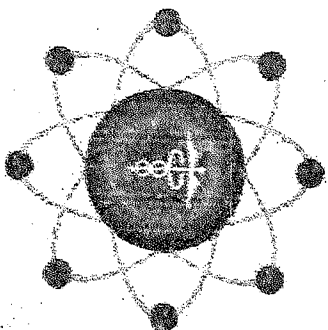
Con una duración de 20 horas. Válido por dos (02) años a partir de su expedición.

*Grupo Psicosocial
Líder del Proceso*

21 de abril de 2024

2

2



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

CERTIFICA QUE

ALEX EDITH ORTIZ GRANADOS

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 39710502

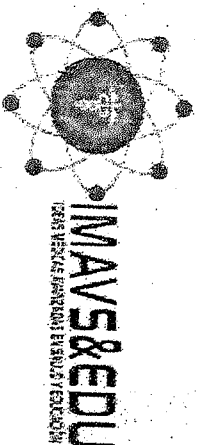
Asistió al Curso Básico de :

SOPORTE VITAL BÁSICO -BLS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 29/04/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernandez Cortes Burgos
GERENTE



Enrique Hernandez Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

2

3



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

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO

Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería

Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativ
Desarrollo Humano
Docente Especialista

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

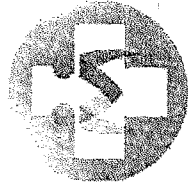
Alix Edith Ortiz

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión: marzo 6, 2025

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA







ALCALDIA MUNICIPAL DE

SOACHA

SECRETARIA DE SALUD

43

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**

AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO: CE - 2014043611
ASUNTO: SS - DISTRIBUCIÓN SALUD
ENVIA: 1124 - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA SEC
SALUD

SDAF-625

**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARÍA 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, Pulí, Quebrada Negra, Topaipí, Uta, Vergara, Yacopi, Beltrán, Bituima, Nocalma, San Juan de Río Seco y Villagómez) sin capacidad resolutoria 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:



Gobernación de Cundinamarca, Sede Administrativa, Calle 26 51-53, Torre de
Salud Piso 6, Bogotá, D.C. Tel. (1) 749 1710 - 749 1750 / 31
www.cundinamarca.gov.co

OK

Q

Q

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:



Gobernación de Cundinamarca, Sede Administrativa, Calle 26 51-53, Torre de Salud Piso 6, Bogotá, D.C. Tel. (1) 749 1710 - 749 1750 / 31
www.cundinamarca.gov.co

3

3



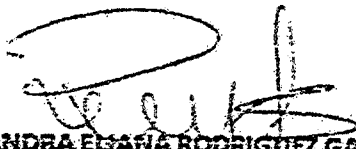
f/CundinamarcaGob t/CundinamarcaGob



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 ELIA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa y Financiera

Proyecto: Edil. Doris RIVERA/Contrata SDA
Revisó: Leonor Marciales Avendaño/ Profesional Especializado



