



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Bossio		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Herrera		NOMBRES Ruby Del Carmen	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 22527122			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1958"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 27 24 53 CASA FERROCARRIL		
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA	MUNICIPIO BARRANQUILLA	TELÉFONO 3357864	EMAIL rubybossio30@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1979
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (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).

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2024
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA				<i>DEPENDENCIA</i> AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19 25 19					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA				<i>DEPENDENCIA</i> AREA URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19 25 21					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	14	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2010	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA				<i>DEPENDENCIA</i> URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33N 44 06					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	07	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2010	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA				<i>DEPENDENCIA</i> URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19N 25 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CLINICA SAN IGNACIO				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3281249			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	05	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	1999	<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2001
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE ENFERMERIA				<i>DEPENDENCIA</i> URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 76 6B 36					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SANTA MONICA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3684252			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	07	Mes	01	Año	1997	Día	01	Mes	05	Año	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA URGENCIAS				DIRECCIÓN CARRERA 43N 70 144							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3567293			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	07	Mes	11	Año	1979	Día	07	Mes	11	Año	1991
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA				DIRECCIÓN CARRERA 42F 75B 18							

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

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	17	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	30	4

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.527.122
BOSSIO HERRERA
 RUBY DEL CARMEN

Ruby Bossio Herrera




FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1958
BARRANQUILLA
 (ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **B+** **F**
 ESTATURA G.S. IN SEXO

10-AGO-1979 MALAMBO
 FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

[Signature]
 OF. SEVERO BOCA NACIONAL
 FANTON AGUIRRE TORRES



A-000150-0008564-F-002527122-20100113 0019848471A 3 3352040643



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14257875864

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 2 5 2 7 1 2 2 - 3

6. DV 3

12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 2 5 2 7 1 2 2 - 3

6. DV 3

12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de identificación: 2 2 5 2 7 1 2 2

27. Fecha expedición: 1 9 7 9 0 8 1 0

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: COLOMBIA

29. Departamento: Atlántico

30. Ciudad/Municipio: Malambo

31. Primer apellido: BOSSIO

32. Segundo apellido: HERRERA

33. Primer nombre: RUBY

34. Otros nombres: DEL CARMEN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA

39. Departamento: Atlántico

40. Ciudad/Municipio: Barranquilla

41. Dirección: CL 23 4 B 16 BRR SIMON BOLIVAR

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 3 2 0 6 4 6 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

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

Responsabilidades

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		58. CPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 3 0 9 0 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2785 del 31 de Agosto de 2004

Fecha del suscriptor: Ruby Bossio Herrera

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: HOYOS BUSTOS RAFAEL EDUARDO

985. Cargo: Gestor I

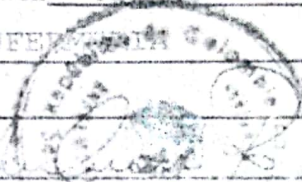
REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO
INSCRIPCION DE PROFESIONALES

Nombre: RUBY BOSSIO HERRERA

C.C. 22.527.122 Expedida en MALAMBO

Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Inscripción N° 2.470


Maria O. Herrera
Cordinadora programas de Enfermería

Barranquilla Enero 24 de 1992.

Ruby Bossio Herrera

(Firma del Portador)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO

RESOLUCIÓN NUMERO 08 - 01240 DE ENERO 10 DE 1992
(10 ENE 1992)

" Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de un Oficio "

**EL SECRETARIO DEL MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA DEL ATLANTICO**

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1982, y

CONSIDERANDO


Que **RUBY DEL CARMEN BOSSIO HERRERA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.22.527.122 expedida en Malambo-Atlantico, ha solicitado Autorización del Ejercicio de un Oficio como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según **TITULO** que le otorgo la **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"**, el día 13 de diciembre de 1985, según acta de Grado No. 85-0265

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Autorizar a **RUBY DEL CARMEN BOSSIO HERRERA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 22.527.122 expedida en Malambo-Atlantico para ejercer la Profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el día

10 ENE 1992


LUZ STELLA SARAY
Secretaria de Despacho

MEM

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202388025

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000005705 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: **320** RAMO: **89** PAP:

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
07	05	2024		02	05	2024	23:59	02	05	2025	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
02	05	2024	23:59	02	05	2025	23:59	02	05	2025	
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **RUBY DEL CARMEN BOSSIO HERRERA** IDENTIFICACIÓN: CC **22.527.122**

DIRECCIÓN: **CL 23 4 B 16 SIMON BOLIVAR** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3015882253**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **RUBY DEL CARMEN BOSSIO HERRERA** IDENTIFICACIÓN: CC **22.527.122**

DIRECCIÓN: **CL 23 4 B 16 SIMON BOLIVAR** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3015882253**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **BARRANQUILLA**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCIÓN PROVISIONAL**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **BOSSIO HERRERA, RUBY DEL CARMEN**
ASEGURADO: **BOSSIO HERRERA, RUBY DEL CARMEN**
BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

VIGENCIA: **365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.**

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,220	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****7,642	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,862
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GLOBALAS LTDA	7360	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320238802

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: **Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá** CLIENTE **CRVELEZ 0**

CDDA207A0C07F47E5D

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC.83 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

02/12/2020

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora RUBY DEL CARMEN BOSSIO HERRERA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **22527122**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550029700044489
Saldo a la fecha	0.02 Pesos
Fecha de apertura	13/06/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 22527122 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 26/02/2025 11:43 AM



Código Verificación: **LZN82TDKE1**

Válida hasta: **27/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**