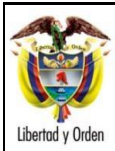



Anexo - Formulario Datos Básicos Beneficiario Cuenta

 <div>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia</div>	<div>FORMATO</div> <div>Anexo No. 1</div> <div>Datos Básicos Creación Beneficiario</div> <div>Cuenta SIIF Nación</div>	<div>Página 1 de 1</div> <div>Código : 47 - PFMDNSGDF - F022-02</div> <div>Vigente a partir de: 15 OCT 2015</div>																								
CIUDAD <u>VILLAVICENCIO</u> FECHA <u>25-01-2021</u>																										
Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.																										
I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR																										
<div>PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA</div> <div>Fotocopia Cédula de Ciudadanía</div> <div>Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio</div> <div>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)</div>		<div>PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA</div> <div>Fotocopia Cédula de Ciudadanía</div> <div>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).</div> <div>Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte elestranjero.</div>																								
<div>CONSORCIO O UNION TEMPORAL</div> <div>Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.</div> <div>Fotocopia Cédula de Ciudadanía</div> <div>Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio</div> <div>Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)</div> <div>Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal</div>		<div>Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.</div>																								
Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.																										
II. INFORMACION BASICA																										
2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA		Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:																								
<div>NOMBRE O RAZON SOCIAL:YARITZA FERNANDA LUCIO ALMEIDA</div> <div>Tipo documento de Identificación:</div> <table><tr><td>Cédula de Ciudadanía:</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>No. 1.121.915.803</td></tr><tr><td>Cédula de Extranjería:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No.</td></tr><tr><td>Nit Persona Jurídica:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No.</td></tr><tr><td>Nit Persona Natural:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No.</td></tr><tr><td>Pasaporte:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No.</td></tr><tr><td>Registro Civil:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No.</td></tr><tr><td>Tarjeta de Identidad:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No.</td></tr><tr><td>Otro Tipo Documento:</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No. Cuál:</td></tr></table>			Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. 1.121.915.803	Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No.	Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	No.	Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No.	Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No.	Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No.	Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No.	Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. Cuál:
Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. 1.121.915.803																								
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No.																								
Nit Persona Jurídica:	<input type="checkbox"/>	No.																								
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No.																								
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No.																								
Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No.																								
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No.																								
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. Cuál:																								

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES									
OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES									
PORCENTAJE DE PARTICIPACION: _____									
NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:									
III. DATOS INFORMACION GENERAL									
TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL									
Sociedad Anónima		<input type="checkbox"/>	Cooperativa		<input type="checkbox"/>	Empresa Ind. Y Cial del Estado		<input type="checkbox"/>	
Sociedad Colectiva		<input type="checkbox"/>	Empresa Unipersonal		<input type="checkbox"/>	Asociaciones Mutualistas		<input type="checkbox"/>	
Sociedad Comandita por Acciones		<input type="checkbox"/>	Empresa Comunitaria		<input type="checkbox"/>	Fondos de Empleados Instituto de Economía Solidaria Precooperati		<input type="checkbox"/>	
Sociedad Comandita Simple		<input type="checkbox"/>	Empresa de Servicio		<input type="checkbox"/>	va		<input type="checkbox"/>	
Sociedad de Economía Mixta		<input type="checkbox"/>	Entidad Pública		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Sociedad de Hecho		<input type="checkbox"/>	Empresa Solidaria de Salud		<input type="checkbox"/>				
Sociedad Limitada		<input type="checkbox"/>	Entidad sin Animo de Lucro		<input type="checkbox"/>				
Sociedad Sucursal Extranjera		<input type="checkbox"/>	Federación o Confederación		<input type="checkbox"/>				
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		<input type="checkbox"/>	Cooperativa de trabajo asociado		<input type="checkbox"/>				
TIPO DE CAPITAL		PRIVADO	<input type="checkbox"/>	ENTIDAD EN PROCESO				SI	
		PUBLICO	<input type="checkbox"/>	LIQUIDATORIO				NO	
		MIXTO	<input type="checkbox"/>						
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO		PUBLICO	<input type="text"/>					%	
		PRIVADO	<input type="text"/>					%	
		TOTAL	<input type="text"/>					%	

IV. INFORMACION TRIBUTARIA			
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA			
IC A	<input type="checkbox"/>	IM P UEST O T IM B R E	<input type="checkbox"/>
R E N T A	<input type="checkbox"/>	R E T E N C I O N E N L A F U E N T E I C A	<input type="checkbox"/>
R E T E N C I O N E N L A F U E N T E R E N T A	<input checked="" type="checkbox"/>	G R A N	<input type="checkbox"/>
IM P UEST O S O B R E L A S V E N T A S I V A	<input type="checkbox"/>	C O N T R I B U Y E N T E	<input type="checkbox"/>
R E G I M E N T R I B U T A R I O E S P E C I A L I N	<input type="checkbox"/>	R E T E N C I O N E N L A F U E N T E I V A	<input type="checkbox"/>
F O R M A C I O N E X O G E N A	<input type="checkbox"/>	N O C O N T R I B U Y E N T E	<input type="checkbox"/>
R E G I M E N C O M U N	<input type="checkbox"/>	P R O F E S I O N A L I N D E P E N D I E N T E	<input type="checkbox"/>
R E G I M E N O R D I N A R I O	<input type="checkbox"/>	N O R E S P O N S A B L E	<input type="checkbox"/>
E N T I D A D D E L E S T A D O	<input type="checkbox"/>	R E S P O N S A B L E	<input type="checkbox"/>
A U T O R R E T E N E D O R	SI		NO
V. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCION PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>
Dirección	CALLE 15B # 09B-33		Teléfono
E-mail	YARITZA.LUCIOA@GMAIL.COM		3002147753
País	COLOMBIA		Fax
Ciudad	VILLAVICENCIO-META		Región
Localización	Nacional Extranjera		
Página Web			Contacto
Designación del contacto			E-mail del contacto
Apartado Aéreo			
VI. REPRESENTANTE LEGAL			
TIPO DEREPRESENTANTELEGAL	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:		
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Tutores y Curadores por los incapaces	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	M andatario s o A p o d e r a d o s	<input type="checkbox"/>
R e p r e s e n t a n t e l e g a l d e P e r s o n a s J u r í d i c a s	<input type="checkbox"/>	Generales	
Donatorios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Padres por su hijos menores	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	
		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	
VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA			
	Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:		
Entidad Financiera	BANCO DE BOGOTÁ	Número de Cuenta	364562439
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	Ahorro	<input checked="" type="checkbox"/>
Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales			
			
NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)			
NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.			
NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será Causal de rechazo.			



DATOS PACIENTE

Nombres: YARITZA FERNANDA LUCIO ALMEIDA			
Tipo de Documento: CC Documento		1121915803	
Sexo	F	F. Nacimiento:	02/10/1994
			Edad: 24 Años
Entidad: PARTICULAR/OCCIDENTE			
Centro de Costo: N/A			
Cargo: ASESORA JURIDICA			
Fecha de Atencion: 2018-12-19			
Fecha y Hora entrega resultados:		19/12/2018 11:52 AM	

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) CON PATOLOGÍAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 25 Kg. NO REALIZAR CARGAS DE ARRASTRE O LEVANTAMIENTO MAYORES A 12.5 KG
ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: CONTINUAR CONTROLES POR DERMATOLOGIA Y TERAPIA FISICA POR EPS (CULMINAR SESIONES YA ORDENADAS 3 / 10)

VALORACION OPTOMETRICA. PERIODICO (USO DE CORRECCION VISUAL DE FORMA PERMANENTE)

OTRAS: EVITAR POSTURAS PROLONGADAS, FORZADAS O REPETITIVAS DE PIERNA IZQUIERDA , EVITAR POSTURAS DE BIPEDESTACION O POSICION SEDENTE PROLONGADOS * SEGUIR RECOMENDACIONES DE MEDICOS TRATANTES

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

RIESGO BIOMECANICO

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.
Hago constar que recibí copia de este documento.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): LEIDY VIVIANA CASTAÑEDA RM: 2526/2010
BORDA

Firma y sello del Médico Evaluador

YARITZA FERNANDA LUCIO ALMEIDA
1121915803
C.C
Firma del trabajador Evaluado



*BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 18 No. 3-30 Edificio Sarskara
Tel: (+57) 281 4000 - 288 9800 - 288 9392

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 30) No. 43 Sur,
Villapalmar Tel: (+57) 458 5619 - 203 9854

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-00
Tel: (+57) 262 8420 - 342 4924

SEDE OCCIDENTE
Av. Cda. 68 No. 17-82
Tel: (+57) 447 0088 - 447 1401 - 414 6587

SEDE OCCIDENTE
Av. Cda. 68 No. 17-82
Tel: (+57) 414 6587 - 202 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 63-39
Tel: 309 1675 - 810 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 63-40
Tel: (+57) 257 9325 - 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carretera 106 No. 15 A - 25 Edificio Business Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No. 91 - 113, Barrio Antiguo Campesina
Tel: (+57) 887 37 34 - 901 737 29 37

VILLAVICENCIO
Calle 54 No. 41 - 74 Barrio San José Alto
Tel: (+57) 874 9818 - 874 0815

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Puerto de Harrelle, Sector La Amador
Calle 32 No. 208 - 21 Piso 2 Torre (+57) 944 58 71

SEDE BARRANGULLA
Carretera 818 No. 94 - 334 Oficina 904 Centro Médico Vital

SANTA MARTA
Calle 39 No. 14 - 70 Centro Médico
Perlas del Caribe, Tel: (+57) 421 46 44 - 421 85

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacifico
Tráiler Centro Tel: (+57) 240 4754 - 240 2555

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-21 Barrio la America
Tel: (+57) 412 1145 - 418 7011

CAU
Calle 15 Norte No. 4/N - 47 Barrio Versalles
Tel: (+57) 350 8656 - 352 7337

República de Colombia

Rama Judicial



Consejo Superior de la Judicatura

Sala Jurisdiccional Disciplinaria

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
DE ABOGADOS**

LA SUSCRITA SECRETARIA JUDICIAL
DE LA SALA JURISDICCIONAL DISCIPLINARIA
DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CERTIFICADO No. 902632

CERTIFICA :

Que revisados los archivos de antecedentes de esta Corporación así como los del Tribunal Disciplinario, no aparecen registradas sanciones contra el (la) doctor (a) **YARITZA FERNANDA LUCIO ALMEIDA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **1121915863** y la tarjeta de abogado (a) No. **295517**

Este Certificado no acredita la calidad de Abogado

Nota: Si el No. de la Cédula, el de la Tarjeta Profesional ó los nombres y/o apellidos, presentan errores, favor dirigirse al Registro Nacional de Abogados.

La veracidad de este antecedente puede ser consultado en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co en el link Certificado de Antecedentes Disciplinarios.

*Consejo Superior
de la Judicatura*

Bogotá, D.C., DADO A LOS TREINTA (30) DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTE (2020)

YIRA LUCIA OLARTE AVILA
SECRETARIA JUDICIAL