Curití, agosto de 2026

Doctor:
CARLOS FERNANDO MARQUEZ RIBERO
Alcalde Municipal de Curití

ASUNTO: PROPUESTA TECNICA Y ECONOMICA PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA CUYO OBJETO ES: "**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA SECRETARIA DE PLANEACION E INFRAESTRUCTURA EN ACTIVIDADES REFERIDAS A LA OPERACIÓN Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA ALIMENTAR LA BASE DE DATOS DEL SISBEN IV DEL MUNICIPIO DE CURITI, SANTANDER".**

Respetuoso saludo;

El suscrito **María Fernanda Ruiz Rodríguez,** identificado con Cedula de Ciudadanía No 1.101.623.184, expedida en San Gil, Santander, en atención a la invitación a presentar hoja de vida en la contratación directa de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION** someto a su consideración mi hoja de vida con sus respectivos soportes.

De igual manera declaro:

Que acepto las condiciones del proceso de contratación ofrecido en la invitación a presentar la hoja de vida en la contratación directa de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**, en todas y cada una de sus partes.

Donde desarrollaré las siguientes actividades:

1	Brindar apoyo a la administración municipal en la realización del proceso del proceso de recolección de información – aplicación de encuestas- a través del Dispositivo Móvil de Captura – DMC- de acuerdo con los lineamientos, directrices y manuales definidos por el Departamento Nacional de Planeación – DNP	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
2	Brindar apoyo a la gestión a la Secretaría de Planeación e Infraestructura en la elaboración de las encuestas en cada uno de los hogares existentes en las viviendas de la zona rural y urbana del municipio de Curití, Santander	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
3	Informar y reportar al supervisor las novedades, situaciones especiales o problemas que se presenten durante la realización de las encuentas	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
4	Brindar apoyo para mantener y suministrar la información que sea requerida para la realización de informes de la dependencia, la entidad y entidades de control para el cumplimiento de requisitos exigidos por las disposiciones legales.	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
5	Brindar apoyo en la recopilación de información para mantener un histórico de las bases de datos y la documentación resultante de los procesos relacionados con el SISBEN de forma ordenada mediante un archivo organizado.	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
6	Brindar y prestar apoyo para la obtención de datos con el fin de llevar un control de cobertura de las personas sisbenizadas a la fecha y crear una relación de inventario de ellas.	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
7	Prestar apoyo a la gestión a la Secretaría de Planeación e infraestructura Municipal, en la recolección, reencuestas, trámite, diligenciamiento, resolución de reclamos, quejas, novedades y demás procesos administrativos de la oficina del SISBEN.	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO
8	Prestar apoyo al coordinador del SISBEN en la atención al público de forma diligente, oportuna y amablemente en las solicitudes que presenten verbal o por escrito y demás temas administrativos de la misma para satisfacer las necesidades de los usuarios del sistema.	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO

9	Las demás que sean designadas por el supervisor y que sean de la naturaleza del presente contrato.	GLOBAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: NUEVE MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS ($9.720.000,oo) M/CTE

PLAZO DE EJECUCION: Teniendo en cuenta las actividades a desarrollar el plazo del contrato será desde de la suscripción del acta de inicio HASTA EL DIA TREINTA (30) DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2026.

Que en caso de resultar favorecido (a) en la presente contratación, me comprometo a suscribir el respectivo contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION** y allegar demás documentos de la contratación, así como de aceptar la Supervisión designada por el Municipio de Curití, Santander

Que no existe, incapacidad alguna, causal de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de intereses que de acuerdo con las normas vigentes pudiera impedir o viciar el contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**

Que me encuentro afiliado (a) al Sistema de Seguridad Social respectivamente.

Atentamente,

MARIA FERNANDA RUIZ RODRÍGUEZ
C.C. Nº: 1.101.623.184 EXPEDIDA EN SAN GIL, SANTANDER

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE: MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.101.623.184

FECHA DE NACIMIENTO: 12/12/2006

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN GIL - SANTANDER

ESTADO CIVIL: SOLTERA

CIUDAD: SAN GIL

DIRECCIÓN: CALLE 28A 7B

60/66

TELEFONO: 320 395 5678

LINEA WHATSAPP: 320 3955678

E- MAIL: MAFE2000RUIZ@GMAIL.COM

Scanned with CamScanner

Perfil Profesional

Soy una persona comprometida, responsable y trabajadora, con una sólida ética laboral y una orientación constante hacia la excelencia. Me enfoco en aportar al crecimiento y éxito de la organización, alineando mis esfuerzos con los objetivos empresariales y generando un impacto positivo tanto a nivel profesional como personal.

Me destaco por mi sentido de solidaridad y compromiso con el bienestar colectivo, promoviendo un ambiente laboral colaborativo, motivador y eficiente. Con actitud proactiva y un alto nivel de compromiso, me esfuerzo en cada tarea para alcanzar resultados óptimos que beneficien a la organización y a la comunidad en general.

Fortalezas Personales:

1. Comunicación asertiva y efectiva.
2. Proactividad y orientación a la acción.
3. Capacidad de adaptación al cambio.
4. Responsabilidad con las labores encomendadas.
5. Habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

Scanned with CamScanner

Estudios

COLEGIO INTEGRADO EDUARDO CAMACHO GAMBA

Curiti – Santander (2012-2022)

COLEGIO TÉCNICO NUESTRA SEÑORA DE LA PRESENTACIÓN

San Gil – Santander: (2023) BACHILLER TÉCNICO

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

Experiencias Laborales

HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL
CARGO: Agente de Call Center
JEFE INMEDIATO: María Rueda
EMPRESA: Jelcom Soluciones Empresariales S.A.S.

VARIEDADES KAMY
CARGO: Atención al cliente
JEFE INMEDIATO: Johanna Vesga

JUMBO - CENCOSUD
CARGO: Auxiliar de platos preparados
JEFE INMEDIATO: Ciro Arciniegas
TELÉFONO: 310 8907804

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

Referencias

FAMILIARES

NOMBRE: Jaime Ruiz Corzo
TELEFONO: 3124895084
PROFESIÓN: Docente

NOMBRE: Bernarda Ruiz Corzo
TELEFONO: 3125460090
PROFESIÓN: Docente

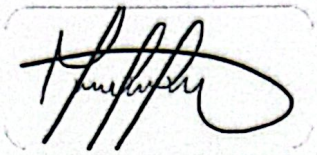
PERSONALES

NOMBRE: Maria Juliana Beltran Rodriguez
TELEFONO: 317 83719 13
PROFESIÓN: Empleada

NOMBRE: Maria Alejandra Gallo Calderon
TELEFONO: 310 330 6385
PROFESIÓN: Empleada

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner



MARIA FERNANDA RUIZ
RODRIGUEZ.
1.101.623.184

Jelcom

JELCOM SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A.S.
NIT: 901.360.819-7

Dirección: Centro Comercial Camino Real oficina 205
Email: info.jelcom@gmail.com

CERTIFICACIÓN

San Gil, 1 de junio de 2025

El suscrito, en calidad de COORDINADORA GENERAL de JELCOM Soluciones Empresariales S.A.S., certifica que Maria Fernanda Ruiz Rodriguez, identificada con cédula de ciudadanía No.1101623184, laboró en nuestra empresa desde el 03 de marzo de 2025 hasta el 31 de mayo de 2025, desempeñándose en el cargo de Agente de Call Center.

Durante este periodo, prestó sus servicios en la sede ubicada en el Hospital Regional de San Gil, brindando atención telefónica a los pacientes y realizando labores de agendamiento de citas médicas, con responsabilidad, compromiso y un buen desempeño en sus funciones.

Este certificado se expide a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

Cordialmente,

Maria Alejandra Rueda Silva
Coordinadora General

JELCOM S.A.S.| NIT 901360819-7| CC CAMINO REAL OFI 205 |SAN GIL, SANTANDER TELEFONO: 3114421764

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CURITI

FEBRERO 4 DE 2025

A QUIEN INTERESE

Yo JOHANNA VESGA VARGAS representante legal de VARIEDADES KAMY- Nit 1098623563-6 , Certifico que la señorita MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ identificada con cedula de ciudadanía número 1101623184 de San Gil, laboro desde el 4 de febrero de 2024 al 16 de Diciembre de 2024, desempeñando el cargo de atención al cliente.

JOHANNA VESGA V.

JOHHANNA VESGA VARGAS

CC. 1098623 563

3115582005

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

Dirección Ejecutiva de Colombia

ANDREA MILENA PEREZ RODRIGUEZ

GERENTE GESTION PERSONAS Y ORG

De

CENCOSUD COLOMBIA S.A.

Certifico que

El (la) señor(a), MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ identificado con la cedula de ciudadania número 1,101,623,184, laboró en nuestra compañía desde el 6 de OCTUBRE del 2025 hasta el 7 de ABRIL del 2026, desempeñando el cargo de APRENDIZ PLATOS PREPARADOS con una asignación salarial basica mensual de $1,750,905 (un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos) con contrato A TERMINO FIJO INFER. A 1 ANO.

Se expide en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Abril de 2026, a solicitud del empleado.

Cordialmente,

Andrea Milena Perez

ANDREA MILENA PEREZ RODRIGUEZ
GERENTE GESTION PERSONAS Y ORG

Scanned with CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Técnico
Nuestra Señora de la Presentación

San Gil - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental, según Resoluciones
No. 12463 del 28 de octubre de 2002, No. 02159 del 17 de marzo de 2003,
No. 13984 del 6 de diciembre de 2007, No. 14241 del 20 de noviembre de 2008 y
No. 07658 del 25 de Mayo de 2017.

Confiere el

María Fernanda Ruiz Rodríguez

T.I. 1101623184 expedida en Curití

El Título de

Bachiller Técnico

Con especialidad en Comunicación y Publicidad

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes
al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional
- P.E.I.- del Colegio.

Hna. Gloria Arias Mendoza
Rectora

Sandra Rosario Duarte
Secretaria Académica

Anotado en el Libro de Registro Interno de Diplomas No. 03 , Acta No. 200
Dado en San Gil, Santander, a 24 de Noviembre de 2023
No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1101623184

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

COCINA.

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en San Gil. a los ocho (8) dias del mes de mayo de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Subdirectora (E) CENTRO AGROTURÍSTICO
REGIONAL SANTANDER

97450710 - 08/05/2026
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9541002926447CC1101623184C.

Scanned with CamScanner

CURITI

FEBRERO 4 DE 2025

A QUIEN INTERESE

Yo JOHANNA VESGA VARGAS representante legal de VARIEDADES KAMY- Nit 1098623563-6 , Certifico que la señorita MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ Identificada con cedula de ciudadanía número 1101623184 de San Gil, laboro desde el 4 de febrero de 2024 al 16 de Diciembre de 2024, desempeñando el cargo de atención al cliente.

JOHANNA VESGA V.

JOHHANNA VESGA VARGAS

CC. 1098623 563

3115582005

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

JELCOM SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A.S.
NIT: 901.360.819-7

Dirección: Centro Comercial Camino Real oficina 205
Email: info.jelcom@gmail.com

CERTIFICACIÓN

San Gil, 1 de junio de 2025

El suscrito, en calidad de COORDINADORA GENERAL de JELCOM Soluciones Empresariales S.A.S., certifica que María Fernanda Ruíz Rodríguez, identificada con cédula de ciudadanía No.1101623184, laboró en nuestra empresa desde el 03 de marzo de 2025 hasta el 31 de mayo de 2025, desempeñándose en el cargo de Agente de Call Center.

Durante este periodo, prestó sus servicios en la sede ubicada en el Hospital Regional de San Gil, brindando atención telefónica a los pacientes y realizando labores de agendamiento de citas médicas, con responsabilidad, compromiso y un buen desempeño en sus funciones.

Este certificado se expide a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

Cordialmente,

Maria Alejandra Rueda Silva
Coordinadora General

Scanned with CamScanner

Dirección Ejecutiva de Colombia

ANDREA MILENA PEREZ RODRIGUEZ

GERENTE GESTION PERSONAS Y ORG

De

CENCOSUD COLOMBIA S.A.

Certifico que

El (la) señor(a), MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ identificado con la cedula de ciudadania número 1,101,623,184, laboró en nuestra compañía desde el 6 de OCTUBRE del 2025 hasta el 7 de ABRIL del 2026, desempeñando el cargo de APRENDIZ PLATOS PREPARADOS con una asignación salarial basica mensual de $1,750,905 (un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos) con contrato A TERMINO FIJO INFER. A 1 ANO.

Se expide en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Abril de 2026, a solicitud del empleado.

Cordialmente,

Andrea Milena Pérez

ANDREA MILENA PEREZ RODRIGUEZ
GERENTE GESTION PERSONAS Y ORG

Scanned with CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.101.623.184



Apellidos
RUIZ RODRIGUEZ

Nombres
MARIA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
F

Fecha de nacimiento
12 DIC 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN GIL (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
16 DIC 2024, SAN GIL

Fecha de expiración
16 DIC 2034

Firma

.CO

070798788

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL070798788627181<<<<<<<<<<
0612128F3412167COL1101623184<6
RUIZ<RODRIGUEZ<<MARIA<FERNANDA

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141263693371

(415)7707212489984(8020) 000014126369337 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1101623184 | 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 13. Buzón electrónico: 4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión liquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1101623184

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Santander 68	San Gil 679

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	RODRIGUEZ	MARIA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Santander 68	San Gil 679

41. Dirección principal: CL 28 A 7 B 60

42. Correo electrónico: mariaruizrodriguezt@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3203955678	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2026 07 01							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2026-07-27 / 10:34:40AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BAEZ HERRERA ERIKA MARIA FERNANDA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 27-07-2026 10:34:41AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299569704

PIB
16:29:40

Bogotá DC, 16 de julio del 2026

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) MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101623184:

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Scanned with CamScanner

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 jueves 16 de julio de 2026, a las 16:20:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101623184
Código de Verificación	1101623184260716162037

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:31:20 PM horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía Nº 1101623184
Apellidos y Nombres: RUIZ RODRIGUEZ MARIA FERNANDA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia

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

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

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

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/07/2026 04:41:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1101623184** y Nombre: **MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ.**

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. **144021820** . 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

Scanned with CamScanner

Pepllica de Gelim	MANIFESTACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN NINGUNA CAUSAL DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD	CÓDIGO	ES-GETH-RG-62
		VERSIÓN	0
		FECHA APROBACIÓN	26/04/2023
		PAGINA	1 de 1

Bucaramanga, 27 de julio DE 2026

Señores
GOBERNACION DE SANTANDER
Ciudad

ASUNTO: Declaración Juramentada.

Maria Fernanda Ruiz Rodriguez, mayor de edada, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.101.623.184, expedida en San Gil, con domicilio en el municipio de San Gil (Santander), bajo la gravedad de juramento manifiesto No hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución Política y en los Decretos 2400 de 1968, 1083 de 2015, Ley 4a de 1992, el Código Disciplinario vigente y las demás disposiciones vigentes.

Cordialmente,

MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ
C.C 1.101.623.184 de San Gil

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ruiz	Rodriguez	Maria Fernanda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1101623184	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 12 AÑO 2006

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO SAN GIL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 5 # 7 - 68

PAÍS Colombia DEPTO Santander

MUNICIPIO Curití

TELÉFONO 3203955678 EMAIL mariaruizrodriguezt@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2023

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles.	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: JUMBO - CENCOSUD			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: SAN GIL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	06	Mes	10	Año	2025	Día	07	Mes	04	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: APRENDIZ AUXILIAR DE COCINA	DEPENDENCIA: AUX. COCINA						DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE SAN GIL			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: SANTANDER	MUNICIPIO: SAN GIL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	03	Año	2025	Día	31	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AGENTE DE CALL CENTER	DEPENDENCIA: AGENTE CALL CENTER						DIRECCIÓN: CARRERA 5 9 102 SAN GIL, SANTANDER					

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VARIEDADES KAMY			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO SAN GIL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	05	Mes	02	Año	2024	Día	16	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR Y ATENCION AL CLIENTE	DEPENDENCIA "ATENCION AL CLIENTE"						DIRECCIÓN CARRERA 7 8 8 BARRIO CENTRO, CURITI SANTANDER					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Curití, Santander . 28 de Julio de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned with CamScanner

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.101.623.184 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	CURITÍ

Dirección CALE 28 A 7B 66-66 Teléfonos

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
OLEGARIO RUIZ CORZO	13,636,269	PADRE
MARTHA CECILIA RODRIGUEZ	63,339,301	MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	2,430,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	2,430,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
NEQUI	AHORROS	3203955678	BOGOTA	$ 100

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

Scanned with CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

cúcuta, 28 julio 2026
CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1101623184 **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 16/07/2026 05:09 PM

Código Verificación: **MQ8LSUVABF**

Válida hasta: **14/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Scanned with CamScanner

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101623184,** se encuentra afiliado/a desde **28/03/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Scanned with CamScanner

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Maria Fernanda Ruiz R

C.C 1.101.623.184

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 23 de julio 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 7611484768000

www.funcionpublica.gov.co

Scanned with CamScanner

CEMESO IPS SAS
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 64.986

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	07 MES	2026 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RUIZ RODRIGUEZ MARIA FERNANDA	FEMENINO	19 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1101623184 (Número)

Cargo: CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
COOPSALUD	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : EN ELMPUESTO DE TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES DIA	HACER DEPORTE : MINIMO 30 MINUTOS DIA POR CINCO DIAS A LA SEMANA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, NO PRESENTA SIGNOS SUGESTIVOS DE COVID 19, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL, PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lazprilla
Médico y Cirujano
Reg. 01419 SSS
Especialista en Salud Ocupacional
Posgrado en Gerencia SSS

Firma:

Nombre: CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON

R. M.: 01419 SSS L.S.O.: 004584 SSS

Código de Seguridad
N198T1Z64986

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RUIZ RODRIGUEZ MARIA FERNANDA

CC: 1101623184

Scanned with CamScanner

Gobernación de Santander	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO 00 - 4584 DE 2018

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91071950 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 2437 de 18 de Marzo de 2008 de la Secretaria de Salud de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 9107195 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el articulo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 06 ABR 2018

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Salvador Rincón Santos – Director de Desarrollo Vigilancia y Control .
Revisó: Mónica Romero Salazar – Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

Scanned with CamScanner

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Martes, 28 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MARIA FERNANDA RUIZ RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía 1101623184, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3203955678	87061757636	ACTIVA	25-02-2023

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

by
Fogafín Seguridad para tu tranquilo
Producto protegido por el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co

Scanned with CamScanner

COOSALUD EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN: 28 | JUL | 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. CERTIFICADO SOLIDARIDAD: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES																				
PRIMER APELLIDO: Ruiz							SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez						PRIMER NOMBRE: Maria Fernanda						SEGUNDO NOMBRE	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CN	MS	RC	TI	X	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.101.623.184							11. SEXO BIOLÓGICO	F: X	M:	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro
	CE	SC	CD	AS	PT											Cual?					
13. NACIONALIDAD: Colombiana						14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia			Santamaria			Cundi	MUNICIPIO			15. FECHA NACIMIENTO	DÍA: 02	MES: AGO	AÑO: 2001		

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	19. TIENE CUIDADOR		20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
	1	SI	NO		SI	NO					

23. AFP	24. EPS	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA: CABECERA [ ] RESTO [ ] RURAL [ ]	CPS

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES																				
PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE					
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TI	CC	CE		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD								30. SEXO BIOLÓGICO	F		31. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro
	SC	CD	PT											M		Cual?					
32. NACIONALIDAD					33. LUGAR DE NACIMIENTO		PAÍS			DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			34. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO		

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO: F	M	40. SEXO: F	M	T	NB	Otro?	41. FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	42. PAÍS DE NACIMIENTO	43. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT																	
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT																	
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT																	
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT																	
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT																	

Datos complementarios del Beneficiario

	44. TRASLADO	45. ETNIA	46. CABEZA DE FAMILIA NATURAL	47. TIENE CUIDADOR: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	50. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: CABECERA	RESTO	RURAL	CPS
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. TRASLADO DE LA EPS DEL AFILIADO ANTERIOR	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS O PRESTADOR POR LA EPS
1							
2							
3							
4							
5							

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación: N.I.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.T.	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones ya registrado por la EPS

59. Ubicación	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO

F. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. TRASLADO DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADOPCIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: a) DESDE RÉGIMEN [ ] b) DESDE EPS [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. DESPLIEGO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

G. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TI	CC	CE	SC	CD	PT	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	F	M	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro
											Cual?					

64. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	DÍA	MES	AÑO	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

H. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no binacionalidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ese funcionen la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo pactado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Coosalud EPS establezcamos comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [ ]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los topes en Contribución Solidaria, según la ensevela del Estado vigente. [ ]

I. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLEJOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TI	CC	CE	SC	CD	PT	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

J. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

K. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de los autoridades competentes en los que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

L. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

M. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	CE	SC	CD	PT	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

Declaro que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos contenidos en el capítulo VII del formulario.

Versión Resolución

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, María Fernanda Ruiz Rodriguez identificado (a) con R.C. | T.I. | [X] | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1.101.623.184 de San Gil, certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ [X] No [ ]
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ [X] No [ ]
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ [X] No [ ]
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ [X] No [ ]
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ [X] No [ ]

Así mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. 3203955678

y/o correo electrónico: mariaruizrodriguez1@gmail.com

SÍ [X] No [ ]

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ [X] No [ ]

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://coosalud.com/sites/default/files/carta-derechos-deberes.pdf

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI [X] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha de Solicitud: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará COOSALUD EPS, en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la COOSALUD EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a COOSALUD EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de COOSALUD EPS S.A. y la carta de derecho de deberes. Autorizo de manera expresa a y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de COOSALUD EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que COOSALUD EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de COOSALUD EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Llámanos marcando gratis desde tu celular: #922 o desde un teléfono fijo: 018000 515811

Correo: defensorusuario@coosalud.com - web: www.coosalud.com

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por COOSALUD EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Consentimiento de donación de órganos

La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4° establece: **"ARTÍCULO 4°. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación.** Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS)."

La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 55 personas. El trasplante de órganos es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las de un donante. Estos procedimientos ofrecen excelentes resultados en la calidad de vida de las personas, además de prolongarla. Es importante donar para salvar y mejorar la calidad de vida de otros colombianos que necesitan un trasplante de órganos y/o tejidos, y pueden acceder al tratamiento sin importar sexo, religión o condición económica. La donación es un acto de solidaridad de la sociedad que se devuelve a ella misma.

En virtud de lo anterior, lo invitamos a manifestar si acepta o se opone a ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, marcando a continuación la opción por usted elegida: Yo, _____ identificado (a) con el número de identificación _____ en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto mi voluntad libre, previa e informada acerca de ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, decisión que será informada al Instituto Nacional de Salud (INS).

[ ] ACEPTO **Después de mi fallecimiento deseo donar:**

Todos los órganos y/o tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos útiles para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.

Solamente los siguientes órganos o tejidos:

○ Corazón	○ Pulmón
○ Páncreas	○ Piel
○ Hígado	○ Riñones
○ Intestino	○ Hueso
○ Medula ósea	○ Cornea

[ ] NO ACEPTO

_____ Firma y huella.

(La huella será válida en caso de que éste no pueda firmar)

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO
Activa	1.101623184 - 8	Colpensiones	$ 1.750.905				

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Normalista [ ] Profesional [ ] Doctorado [ ] | Preescolar [ ] Básica académica o clínica (auxiliar/otro técnico) [ ] Técnica Profesional [ ] Especialización [ ] Último Grado [ ] | Básico Primaria [ ] Básica técnica (auxiliar/otro técnico) [ ] Tecnológica [ ] Maestría [ ] Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]

Inicio Contrato 01/08/26 Fin Contrato 30/11/26

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT / C.C. / C.E. / T.I. / P.A. / C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner