

▼ IOTA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

FOTO
3X4

ENTIDAD RECEPTORA

ACTOS PERSONALES

HOJA No. 1

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES	
BARACALDO		RIVERA		RUTH ELICED	
SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS EXTRANJERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA NACIONALES		
F ☒ M ☐	COL. ☒ DOBLE NA ☐ EXTRANJE ☐		C.C. ☒ NIT ☐ OTRO ☐ NÚMERO #		
LIBRETA MILITAR	NÚMERO	D.M.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EXTRANJEROS		
CLASE ☐ 1a ☐ 2a			C.E. ☐ 1 NIT ☐ 2 NÚMERO PASAPORTE ☐ 3 NÚMERO		
LUGAR DE NACIMIENTO - MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA	14 12 1979 DÍA MES AÑO
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO		TELÉFONOS DE CONTACTO	
CRA 58 B BIS N 132 A 44		CUNDINAMARCA		3102225846	

II. FORMACIÓN ACADÉMICA

1 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 SECUNDARIA Y MEDIA).

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA		TÍTULO OBTENIDO :		BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA SECUNDARIA		ESTABLECIMIENTO DONDE CURSÓ EL ÚLTIMO A		MUNICIPIO		FECHA DE TERMINACIÓN		
1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º X	COLEGIO CRISTO REY		CUNDINAMARCA		MES	12	AÑO	1999

2. 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" (E "MG" MAESTRÍA O MAGISTER, "DC" (DOCTORADO O PHD). RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (*SI ÉSTA HA SIDO DE CARÁCTER ESTATUTARIO).

MODALIDAD	SE	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		NOMBRE ESTABLECIMIENTO		TERMINACIÓN		o. DE TARJET								
ACADÉMICO	PROBADO	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO	EDUCATIVO		MES	AÑO	PROFESIONAL								
UN	10	X		PSICOLOGA	UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA		1	2	2	0	0	8	1	0	7	5	6
ES	2	X		ESP. EN DESARROLLO INFANTIL	UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA		1	2	2	0	0	9					

* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS CONVIÉRTALOS A SEMESTRES.

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE : CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDAN SER DE INTERÉS PARA SU FORMACIÓN.

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
SEMINARIO TALLER DE PRUEBAS PSICOLOGIAS	UNIVERSIDAD INCA DE COLOMBIA	6	2006
DIPLOADO EN INVESTIGACION Y PEDAGOGIA	FUNDACION LIS AMIGO	207	2008
SEMINARIO EN AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS	UNIVERSIDAD SANTOTOMAS	14	2009
FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE EDUCACION , UNA CUESTION DE DERECHOS	INVESTIGACION EDUCACION Y DESARROLLO	16	2010
ESCUELA DEL CONSEJO DISTRITAL, PARA LA ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR,	SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL	270	2015

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

APELLIDOS Y NOMBRES : COCE PASA OTRO No. HOJA No. 2

3. OTROS ESTUDIOS (Continuación).

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
CURSO DE FORMACION PARA LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD .	SECRETARIA DE SALUD Y FUNDACION GENFAMI	4 0	2 0 1 6
CONSTRUCCION DEL SUFRIMIENTO EN LA RELACION DE PARAJA	FUNDACION UNISSANITAS	3	2 0 1 0
PSICOLOGIA DE LA SALUD	FUNDACION UNISANITAS	4	2 0 1 0
VII ENCUENTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA Y SALUD BIENESTAR Y CALIDAD	FUNDACION UNISANITAS	5	2 0 1 3

III. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

FOLLETO PROYECTO INTERADM INISTRATIVO N 058-2011 ATENCION EN SALUD A LA POBLACION VULNERABL, COMPONENTE INTEGRAL EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA A LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 2012

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE : HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA, REGULAR, BIEN O MUY BIEN

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

IV. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES :

A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO

B) PARA DEDICACIÓN : TC = TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACIÓN (EN ESTE CASO INDIQUE CUÁL)

C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS :

01 TERMINACIÓN DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO	05 CESA DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MÁS DE 120 DÍAS	09 REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO
02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06 ABANDONO DEL CARGO	10 JUBILACIÓN O PENSIÓN DE INVALIDEZ
03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07 DECISIÓN UNILATERAL O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA	11 RENUNCIA VOLUNTARIA
04 CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESIÓN DEL CARGO	08 SENTENCIA EJECUTORIADA	12 POR MUTUO ACUERDO

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
SUBRED INTEGRA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE-HOSPITAL RAFAEL URIBE		X		2		COLOMBIA			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		DIRECCIÓN					
BOGOTA		BOGOTA		CRA 12 D 26A 62 SUR					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		DEDICACIÓN		ESPECIFIQUE "OD"	
3444448		17 07 2013		31 3 2018		TC X MT 2 TP 3 OD 4			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA							
PSICOLOGA OPERATIVA		ESPACIO EDUCACION							

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

APELLIDOS Y NOMBRES : RUTH ELICED BARACALDO RIVERA X CE PASA OTRO No. 52396902 HOJA No. 4

B) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, ESTANDO VINCULADO SIMULTÁNEAMENTE CON UNA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO

V. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA Y SITUACIÓN LABORAL

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS, MESES Y DÍAS, QUE RESULTA DE SUMAR LAS VINCULACIONES LA PÚBLICA, PRIVADA O COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, RESPECTIVAMENTE, Y SI SE ENCUENTRA VINCULADO O NO.

TIEMPO DE EXPERIENCIA VINCULADO

OCUPACIÓN	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO
SERVIDOR PÚBLICO	6	2	22	X	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	4	10		X
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA	1	4	13		X
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	9	4	17		

INDIQUE EL NOMBRE DE LA ÚLTIMA ENTIDAD PÚBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE

LABORA COMO SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

VI. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

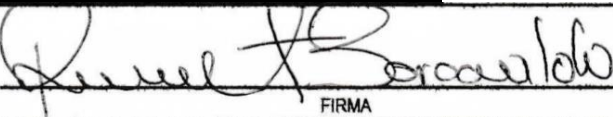
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SÍ ___ NO ___X___ ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD LEGAL, PARA EJERCER CARGOS O EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (ARTÍCULO

OBSERVACIONES

VII. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

30/05/2018


FIRMA

VIII. OBSERVACIONES DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE (ART. 40. DE LA LEY 190/95).

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ENTIDAD RECEPTORA

APELLIDOS Y NOMBRES :	RUTH ELICED BARACALDO RIVERA	X	CE	PASA	OTRO	No.	52.396.902	HOJA No.
-----------------------	------------------------------	---	----	------	------	-----	------------	----------

[illegible]

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
CUNDINAMARCA	BOGOTA	CR 75 8B 38 SUR

TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN				ESPECIFIQUE "O			
2923762		12	03	2012	12	06	2012	4	8		TC	X	MT	2	TP	3	OD	4
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS								

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
PSICOLOGA	PSICOLOGA	

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA/PRIVADA		PAÍS
E.S.E HOSPITAL DEL SUR	X	2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	CB 50 14 44 SUR

CONDICIONATORIA			BOCOTA			GR 33 14 44 55R																
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO		DEDICACIÓN						ESPECIFIQUE "O					
4137104			1	3	2011	31	12	2011	10		TC	X	MT	2	TP	3	OD	4				

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS			C.R.	
CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO							DEPENDENCIA						
PSICÓLOGA							VSP- ÁMBITO INSTITUCIONAL						

[illegible]

E.S.E HOSPITAL DE SUBA/ MENTAL CARE															X	2	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO										DIRECCIÓN			

CUDINAMARCA						BOGOTA						CL 146 B 90 55										
TELÉFONOS						FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN				ESPECIFIQUE "O"			
8000700			18 01 2010			19 4 2010			4			TC X MT 2 TR 3 OD 4										

0622790	10	MES	2010	10	MES	2010	AÑOS	MESES	DIAS										
CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO							DEPENDENCIA												C.R.

PSICOLOGA										AMBITO ESCOLAR																			
EMPRESA O ENTIDAD										PÚBLICA/PRIVADA										PAÍS									

CUIDARTE ALUD HUMANA	1	X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN	

[illegible]

										1																				TC	X	MT	2	TP	3	OD	4										
2	2	3	9	7	7	4	1	3	MES	0	1	2	0	0	9	1	6	MES	1	0	0	0	0	9	MESE	1	0	DIAS																			

CARGO DESEMPENHADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
PSICOLOGA	ADM INISTRATIVO	

A) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, QUE ACUMULEN SEMANAS DE SERVICIO PARA EFECTOS

[illegible]

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**

IDENTIFICADO CON : C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. **52.396.902** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : BOGOTA

DIRECCIÓN **CRA 58B BIS N 132A 44** TELÉFONOS **3012225846**

MUNICIPIO **BOGOTA** DEPARTAMENTO **BOGOTA** PAÍS **COLOMBIA**

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
FLOR MELIDA RIVERA	41459973	MADRE
CUPERTINO BARACALDO	321072	PADRE
MATIAS JOSUE ALMEIDA BARACALDO	1.220.222.236	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** ☐, **PARA RETIRARME** ☐, **PARA ACTUALIZACIÓN** ☒ **PARA MODIFICAR** ☐, **LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ☐, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	32200000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	32.200.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	3870066564	SAN RAFAEL	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE
MIGUEL ALBERTO ALMEIDA GONZALEZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐

N°

7918362

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 SERVIDOR PÚBLICO

30 / 05 / 2018

CIUDAD Y FECHA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional



LA UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1891 de Junio 19 de 1963 - Decreto Ejecutivo No. 687 de Mayo 6 de 1970

Confiere a

Ruth Eliced Baracaldo Ríbera

Cédula de ciudadanía No. 52.396.902 de Bogotá, D.C.

El Título de

Especialista en

**Desarrollo Infantil con Énfasis en Educación
de Niños en Condiciones de Alto Riesgo**

Cumplidos los requisitos estatutarios y reglamentarios,
que le acreditan para ejercer la profesión.

Bogotá, D.C., diez (10) de diciembre de dos mil nueve (2009)


ENRIQUE CONTI BAUTISTA
PRESIDENTE - RECTOR


HECTOR MANUEL RODRÍGUEZ CORTÉS
SECRETARIO GENERAL

REGISTRO:

LIBRO: 02 FOLIO: 0351 NUMERO: 2100

21-71002-3010102-2209-62396902-00



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional



LA UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1891 de Junio 7 de 1963 - Decreto Ejecutivo No. 487 de Mayo 8 de 1970.

Confiere a

Ruth Eliced Baracaldo Rivera

Cédula de ciudadanía No. 82.396.3002 de Santafé de Bogotá, D.C.

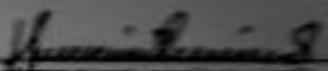
El Título de

Psicóloga

Cumplidos los requisitos estatutarios y reglamentarios,
que le acreditan para ejercer la profesión.

Bogotá, D.C., cinco (5) de diciembre de dos mil ocho (2008)


ENRIQUE CONTI BAUTISTA
PRESIDENTE - SECTOR


JUAN MANUEL RODRÍGUEZ
VICEPRESIDENTE - SECTOR

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1891 de junio 19 de 1963
Decreto Ejecutivo 687 de mayo 6 de 1970



AÑO 2009

ACTA DE GRADO DE ESPECIALISTA No. 02157

En Bogotá, D.C., a los **10** días del mes de **Diciembre** de **2009**, siendo las **11:30 a.m.**, se llevó a cabo, presidido por el señor Rector de la Universidad, el Acto de Graduación Posgradual de: **ESPECIALISTA EN DESARROLLO INFANTIL, CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN DE NIÑOS EN CONDICIONES DE ALTO RIESGO.**

Conferido a **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**

C. C. No. **52.396.902**

DE BOGOTA DC.

Matrícula **3010102**

Programa de ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO INFANTIL, CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN DE NIÑOS EN CONDICIONES DE ALTO RIESGO

Unidad Académica, FACULTAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS – HUMANAS Y SOCIALES.

El graduando cumplió con los requisitos académicos y posgraduales que ordenan la Ley, los Estatutos y Reglamentos de la Universidad.

El Rector de la Universidad, tomó el juramento de rigor al Graduando y le hizo entrega del diploma de grado de Especialista.

El Rector, JOSE ENRIQUE CONTI BAUTISTA

El Director de Programa, JAIME BUENO HENAO

El Graduado, RUTH ELICED BARACALDO RIVERA

El Secretario General, HECTOR MANUEL RODRIGUEZ CORTES

Registro **POST2100**

Libro **02**

Folio **0351**

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente.

Programa con Registro Calificado Resolución No. 1687 de junio 21 de 2000, SNIES 1064.

Bogotá, D.C., diciembre 10 de 2009.


HECTOR MANUEL RODRIGUEZ CORTES
Secretario General

JSM/Ligia G.

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1391 de Junio 19 de 1963

Decreto Ejecutivo No. 687 de Mayo 6 de 1970



AÑO 2008 ACTA DE GRADO PROFESIONAL No. 21675

En Bogotá, D.C., a los **5** días del mes de **Diciembre** de **2008**, siendo las **8:30** a.m., se llevó a cabo, presidido por el señor Rector de la Universidad, el Acto de Graduación Profesional de **PSICOLOGA**

Conferido a **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**

C. C. No. **52.396.902**

de **SANTAFE DE BOGOTÁ, D.C.**

Matrícula **61602**

Programa Académico de **PSICOLOGIA**

Unidad Académica, **FACULTAD DE CIENCIAS PEDAGOGICAS - HUMANAS Y SOCIALES**

El graduando cumplió con los requisitos académicos y pregraduales que ordenan la Ley, los Estatutos y Reglamentos de la Universidad.

El Rector de la Universidad, tomó el juramento de rigor al Graduando y le hizo entrega del diploma de grado profesional.

El Rector, **JOSE ENRIQUE CONTI BAUTISTA**

La Decana de la Facultad, **OLGA RAMIREZ TORRES**

La Directora del Programa, **LUZ ESPERANZA BUITRAGO AREVALO**

El Graduado, **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**

El Secretario General, **HECTOR MANUEL RODRIGUEZ CORTES**

Registro, **22235**

Libro, **25**

Folio, **5474**

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Programa registrado en el ICFES bajo el número 170341500001100111100 y con fundamento en la Ley 30 del 28 de diciembre de 1992.

Bogotá, D.C., Diciembre 5 de 2008.


HECTOR MANUEL RODRIGUEZ CORTES
Secretario General

JSM/Ligia G.



UNIVERSIDAD
SANTO TOMÁS

La Universidad Santo Tomás,
Facultad de Psicología
y La Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias
del Comportamiento / ABA COLOMBIA



CERTIFICAN QUE

RUTH ELICED BARACALDO RIVERA

Participó en el Seminario/Taller
EL USO DE LA METODOLOGÍA ABA PARA EL MANEJO DEL
AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO
que se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá, los días
6 y 7 de marzo de 2009, con una intensidad horaria
de 14 horas académicas.

JAVIER VICENTE GIRALDO JARAMILLO
Decano Fac. Psicología

WILSON LOPEZ LOPEZ
Presidente ABA Colombia

Para su certificación se expide en Bogotá, a los 7 días del mes de marzo de 2009

CERTIFICA

Ruth Eliced Baracaldo Rivera

Que:

Participo en el Taller
La Construcción del Sufrimiento en la Relación de Pareja

Intensidad 3 horas
Junio 6 de 2009

Tatiana Alvarado R.

TATIANA ALVARADO REYES
PSICOTERAPEUTA

CESAR AUGUSTO RADA

CESAR A. RADA BECERRA
PSICOTERAPEUTA

Johnny A. Piquero Garcia

JOHNNY A. PIQUERO GARCIA
DIRECTOR

www.corporacionmeridianos.com

E-mail: contactenos@corporacionmeridianos.com



ALCALDIA MAYOR
BOGOTÁ D.C.

Departamento Administrativo
BIENESTAR SOCIAL



ALCALDIA MAYOR
BOGOTÁ D.C.
Secretaría
EDUCACION

CADEL

Santa Fe – Candelaria



SECRETARIA DE
GOBIERNO

ALCALDIA LOCAL
DE SANTA FE

**DABS- GERENCIA DE JUVENTUD- CADELY ALCALDIA
LOCAL DE SANTA FE**

CERTIFICAN

QUE BARACALDO RIVERA RUTH ELICED

Participó como asistente en el seminario

**“CONSUMO DE DROGAS... MIRADAS DIVERSAS EN PREVENCION
INTEGRAL”**

BOGOTÁ, AGOSTO 18 DE 2006

Ingrid Battiston C.

INGRID BATTISTON
Gerenta de Juventud

Martha C. Pérez

MARTHA CECILIA PEREZ
Gerenta CADEL Santa Fe Candelaria

Flor Paulina Donado

FLOR PAULINA DONADO
Alcaldesa Localidad Santa fe

Gerencia de Juventud

Bogotá sin indiferencia



LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

RUTH ELICED BARACALDO RIVERO

ha participado en el taller

PSICOLOGÍA PERINATAL **Comprensión de Emocionalidad Infantil**

celebrado en Bogotá, el 18 de septiembre de 2010, con una intensidad de 4 horas.

Astrid Triana Cifuentes
Decana Facultad de Psicología
108057FC28163

Mauricio Herrera Méndez
Director Unidad de Educación



UNIVERSIDAD INCCA
DE COLOMBIA

CEPAP
Centro Popular de
Asesoría Psicológica

Esta mención se concede a

RUTH ELICED BARACALDO

C. C N°. 52.396.902

POR SU ASISTENCIA

SEMINARIO TALLER PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS

INTENSIDAD 6 HORAS

FECHA: ABRIL 25 DE 2006

ADRIANA APONTE RIVERA
DIRECTORA CEPAP



UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA
CENTRO DE ASESORIA PSICOLOGICA
CEPAP

PETER PAUL MURCIA PLAZAS
ESPECIALISTA



LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

RUTH ELICED BARACALDO RIVERA.

ha participado como asistente en el

VII ENCUENTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA Y SALUD Bienestar y Calidad de Vida en la Infancia.

Celebrado en Bogotá, el día 4 de mayo de 2013, con una intensidad de 5 horas.

Astrid Triana Cifuentes
Decana Facultad de Psicología

Mauricio Herrera Méndez
Director Unidad de Educación



LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

RUTH ELICED BARACALDO RIVERA.

ha participado como asistente en el

VII ENCUENTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA Y SALUD Bienestar y Calidad de Vida en la Infancia.

Celebrado en Bogotá, el día 4 de mayo de 2013, con una intensidad de 5 horas.

Astrid Triana Cifuentes
Decana Facultad de Psicología

Mauricio Herrera Méndez
Director Unidad de Educación

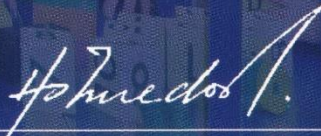
Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico -IDEP-

Certifica que

RUTH BARACALDO

Participó en el Seminario Internacional
Factores Asociados a la Calidad de la Educación: Una cuestión de derechos
Realizado los días 7 y 8 de septiembre de 2010, con una intensidad de 16 horas

En constancia se expide el presente certificado de asistencia



Olmedo Vargas Hernández
Director



Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, RUTH ELICED BARARACALDO RIVERA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "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, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo 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 cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

PSICOLOGA.

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

52396902

Tarjeta profesional No:

107564

Dirección de contacto:

CRA 13 24 15

Teléfono:

4442000

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, RUTH ELICED BARARACALDO RIVERA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "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, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo 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 cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

PSICOLOGA, ESPECIALISTA EN DESARROLLO INFANTIL, CON ENFASIS EN EDUCACION EN NIÑOS DE ALTO RIESGO.

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

52396902

Tarjeta profesional No:

107564

Dirección de contacto:

CRA 13 24 15

Teléfono:

4442000

CUIDARTE
SALUD HUMANA
NIT. 900178008-8

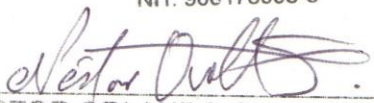


BOGOTA D.C. 22 DE FEBREO DEL 2011

Por medio de la presente certifico que la señorita **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA** identificada con la **C.C 52.396.902 de Bogotá**, laboro en nuestra institución como **PSICOLOGA** a partir del 13 de Enero del 2009 hasta el 16 de Octubre del 2009. Y se reintegra a nuestra empresa en 18 de Enero del 2010 hasta 31 de Enero del 2011.

Su desempeño lo destacamos como excelente, la presente se expide a solicitud de la trabajadora,

CUIDARTE
SALUD HUMANA
NIT. 900178008-8


NESTOR ORLANDO OVALLE
GERENTE



Alicia Milena Daza G
Sub-Gerente


ALICIA MILENA DAZA GALLO
JEFE DE PERSONAL

**LA DIRECCIÓN GESTION DE RECURSOS HUMANOS
CERTIFICA**

Que el (la) señor **BARACALDO RIVERA RUTH ELICED** (a) identificado (a) con cédula de ciudadanía número **52.396.902** estuvo vinculado (a) en nuestra empresa usuaria **HOSPITAL DEL SUR** en el cargo de **PROFESIONAL I MEDIO TIEMPO** durante el siguiente periodo:

Desde el 01 de Marzo de 2011 hasta el 30 de Diciembre del 2011.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los 23 días del mes de Agosto de 2012.

Cordialmente,



YAMILE ESTUPINAN SALAZAR
Directora GRH

CERTIFICA QUE:

La señorita **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.396.902 de Bogotá, prestó sus servicios profesionales como Psicóloga en el desarrollo de las actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud mental de la localidad de Suba, en el Ámbito Escolar – Salud al Colegio durante el periodo comprendido entre el diez y ocho (18) de enero y el veintiocho de febrero de dos mil diez (2.010) y en el desarrollo de las actividades dirigidas a la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas y adictivas durante el periodo comprendido entre el diez y nueve (19) de abril y el veinte (20) de agosto de dos mil diez (2.010).

Durante el tiempo laborado se evidenciaron competencias en la responsabilidad y puntualidad en el cumplimiento de actividades asignadas, lealtad y pertenencia con la empresa.

La presente se expide a solicitud de la interesada, a los veinte (20) días del mes de agosto de dos mil diez (2.010).

Cordialmente,



Dra. **LUZ MARINA MARTINEZ GIL**
Gerente General



Nit. 900067669-1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA

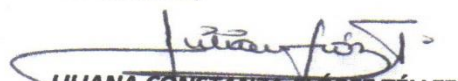
Que la Dra. **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.396.902** de Bogotá prestó sus servicios profesionales como **PSICOLOGA**, desde el 12 Marzo de 2012 al 12 de Mayo del mismo año; ; participando en la ejecución del proyecto: "ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA POBLACIÓN VULNERABLE: COMPONENTE: ATENCIÓN EL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A JOVENES DE LOS IED DE LA LOCALIDAD CIUDAD BOLIVAR" actividad que realizo con la ESE Hospital Occidente de Kennedy, donde cumplió con las siguientes funciones:

1. Realización de actividades de formación y capacitación con adolescentes madres gestantes y/o lactantes de la Localidad de Ciudad Bolívar.
2. Realización de actividades de formación y construcción con adolescentes, padres de familia y docentes con diversas Instituciones Educativas de la Localidad.
3. Realización de encuentros de saberes intergeneracionales con población general.
4. Adelanto, procesos de asesoría psicológicas en salud mental y salud sexual y reproductiva a diversos adolescentes de las IED intervenidas en el proyecto.
5. Participo en la organización, planeación y realización de la Jornada de Prevención de VIH SIDA e ITS.
6. Presento las diferentes pre auditorias requeridas por el proceso
7. Realizo las bases de datos de la población intervenida en las actividades bajo su responsabilidad.
8. Realizo los respectivos informes mensuales y final.
9. Participo en las diferentes reuniones convocadas por la coordinación operativa del proyecto.

La Dra. Ruth Baracaldo, se caracterizó por el cumplimiento, compromiso y responsabilidad frente a las funciones asignadas.

La presente se expide a petición del interesado a los 08 días del mes de Junio de 2012.

Atentamente,


LILIANA CONSTANZA FLÓREZ TÉLLEZ
Representante Legal

**CRA. 75 No. 8 B-38 Tel. 2923762/3202328678**
e-mail: fundacionunnuevoamanecer@gmail.com
Bogota-Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.396.902**

BARACALDO RIVERA
APELLIDOS

RUTH ELICED
NOMBRES

Ruth Baracaldo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1979**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

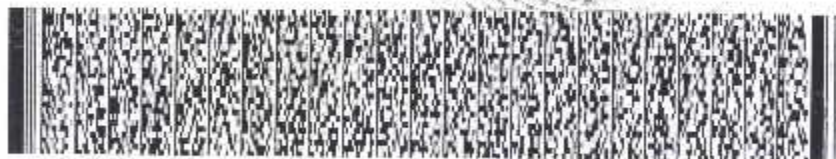
1.53
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

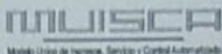
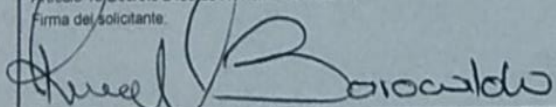
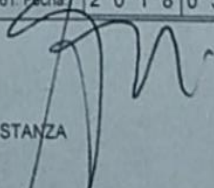
09-ENE-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almendra Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMENDRA RENGIFO LOPEZ



A-1500111-47 144421-F-0052396902-20060206

00162 06034B 02 203208364

		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal				001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización				4. Número de formulario 14463595263			
							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 3 9 6 9 0 2 - 7				6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 3 2							
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☐ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☐ 1 ☐ 3		26. Número de identificación: 5 2 3 9 6 9 0 2		27. Fecha expedición: 1 9 9 8 0 1 0 9	
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 1 1		0 0 1	
31. Primer apellido: BARACALDO		32. Segundo apellido: RIVERA		33. Primer nombre: RUTH		34. Otros nombres: ELICED	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 1 1		0 0 1	
41. Dirección principal: CR 58 B BIS 132 A 44 BRR CIUDAD JARDIN NORTE							
42. Correo electrónico: ruthpsicologa741@gmail.com		43. Código postal:		44. Teléfono 1: 5 2 0 5 9 4 5		45. Teléfono 2: 3 1 0 2 2 2 5 8 4 6	
CLASIFICACION							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 1 2 0 5		48. Código: 7 2 2 0		49. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 1 2 0 5	
50. Código: 1		51. Código:		52. Número establecimientos:			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 1 2							
12- Ventas régimen simplificado							
Obligados 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							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒				60. No. de Folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 6	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice			
Firma del solicitante: 				Firma autorizada: 			
984. Nombre GUERRERO BRICEÑO JOHANA CONSTANZA				985. Cargo Gestor I			



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-03-2018
Hora: 9:40:39 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52396902-7 **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**

Información General

Dirección CR 58 B BIS 132 A 44

Teléfonos 5205945 / 3102225846

Dirección electrónica ruthpsicologa741@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/07/2013

Soporte Inscripción 15567597

Fecha Inicio Actividades 21/05/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE
PROMOCION Y PREVENCIÓN QUE REALICEN LAS
ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE
NATURALEZA PÚBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS
QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO
EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS
SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE
UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002815388

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de
Hacienda Distrital.

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCIO

RUTH ELCED

BARACALDO RIVERA

C.C. 52396902

PSICOLOGOTA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

11/06/200

Colegio Colombiano
de Psicólogos
www.colpsic.org.co



Tarjeta Profesional de Psicólogo Ley 1020

RUTH ELCED BARACALDO RIVERA

C.C. 52.396.902





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 5237 de 02/06/2009
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BARACALDO RIVERA RUTH ELICED Identificado(a) con CC número 52396902 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA el día 05/12/2008 y registrado en el libro 25 Folio 5474 año 2008
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BARACALDO RIVERA RUTH ELICED identificado(a) con CC número 52396902 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 02/06/2009

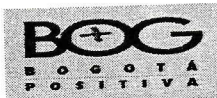
HERMAN REDONDO GÓMEZ.

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. _____
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____
CC. # _____

Firma



Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52396902	RUTH	ELICED	BARACALDO	RIVERA	Ver

Información Detallada [CC: 52396902] RUTH ELICED BARACALDO RIVERA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNU	Local	Psicología	2009/6/02	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	27 Sep. 2005	EFB-FI	Estela
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	18 Julio 2009	EV40115C	Rosa
	2	18 Sep 2009	EV40802A	
	3	11 Mar 2013	EV40802A	
	04.7	14 Abr. 2016	EV40802A	
	5		EV40802A	
Contra Hepatitis B	1	18 Julio 2009	AC37B158AA 09-2016	Allice
	2	19 Agosto 2009	0421027	
	3	18 Feb 2010	0431027	
	R	18 Feb 2010	0431027	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	20 Agosto 2009	135477-2		
Contra Influenza	U	18.05.16	N386 enco17	Ruth M. M. M.
Virus de Papiloma Humano	Arvid	30-01-2018	(30/1/2017) 7/15	H.O.O.
Vaccine AH1N1	20 Agosto 2009	A70CA977		
	65-Junio 2010	Hospital Sube		

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Roth Eliced

Apellidos:

Baracaldo Rivera

Documento de Identidad:

C.C. X T.I. Pasaporte

No. 52396902

Fecha de Nacimiento:

Día 14 Mes 12 Año 1979

MinSalud

PROSPERIDAD
PARA TODOS



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

NIT. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 26/03/2018 11:07:00 Empresa PARTICULAR

Nombre RUTH ELICED BARACALDO RIVERA

Cargo PSICÓLOGOS.

Doc. Identidad CC 52396902



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO					EXAMEN PERIÓDICO	
	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION		
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO	
						SI NO
					Sospecha de enfermedad Profesional	☐
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐
					Enfermedad Común	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

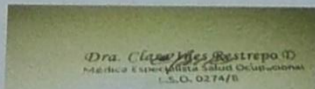
Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

APTA PARA EL CARGO.

USO DE EPP, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

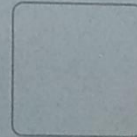


CLARA INES RESTREPO DIEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 22449933 RM: LSO0274/8

Trabajador: RUTH ELICED BARACALDO RIVERA
CC: 52396902

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4087000-4072406
Email: avancessoftware.com



Captura Biométrica

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

FECHA: 2018-05-10 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, 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 LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: BARACALDO SEGUNDO APELLIDO: RIVERA PRIMER NOMBRE: RUTH SEGUNDO NOMBRE: ELICED

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: \$2396902 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1998-01-09

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CTAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 11/25-1981 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTER(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO CELULAR: 3102223846

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ CUAL: ESPECIALIZACION PROFESION / OFICIO: PSICOLOGA

DIRECCION RESIDENCIA: CRA 58B BIS # 132A-44 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIANA TELEFONO RESIDENCIA: 5205945

CORREO ELECTRONICO: RUIHPSICOLOGA/41@GMAIL.COM PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: ALMEIDA SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ PRIMER NOMBRE: MIGUEL SEGUNDO NOMBRE: ALBERTO

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 7918362 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): CARTAGENA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1996-06-18

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ OTRO SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☒ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRO ☐ CTAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 7220 8692 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SECTORES ☐	SA ☐	#NIT
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	INDUSTRIAL ☐	CONSTRUCCION ☐	COMERCIO ☐	TRANSPORTE ☐
OTRA ☐	CUAL: ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
DG 34#5 43	3444484	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL	PSICOLOGIA OPERATIVA		FECHA VINCULACION	2017-04-17	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 1.850.000	AHORROS	\$ 100.000	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 2.800.000	ARRIENDOS	\$ 750.000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 2.800.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.600.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AYUELA	MENDIVILSO	MARIA	IDAÍ
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CUL 48 SUR 19 12	BOGOTA	AMIGA	3116048768

7. REFERENCIA FINANCIERA (asiento de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	3870066564	SAN RAFAEL	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	OTROS SERVICIOS ☐	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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

--

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último 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 Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PAÍSES.

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 lo 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 requerirá 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 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 ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE 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 ESE 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 Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, 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 ESE 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, Pascoolda, 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** 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 Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 3 44 44 84, e-mail salud@subredcentroorientes.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO.

9. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Rene A. Dorocaldo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RUTH ELICED BARACALDO RIVERA identificado(a) con CC 52396902 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 24/07/2007

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO USAQUEN

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 27 días del mes de mayo del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARACALDO RIVERA RUTH ELICED** identificado(a) con **CC** número **52.396.902** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de enero de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de mayo de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018052723101

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

520396902		Numero de Documento	
SEGUROS BOLIVAR		ARL	

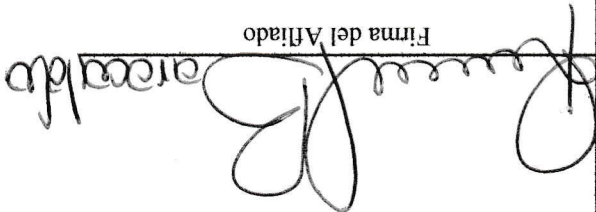
RUTH	ELICED	BARACALDO	RIVERA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

14/12/1979	BOGOTA	CRA 58 B BIS # 132A 44	5205945
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	PROTECCION	\$ 2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

PROFESIONAL	Objeto Contractual (Cargo)
	Fecha Inicio del Contrato

RUTHPSICOLOGA741@GMAIL.COM	Correo Electronico
3102225846/3003578148	Celular

	Firma del Afiliado
	C.C.
	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 110289240**



WEB

23:25:38

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de mayo del 2018

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) RUTH ELICED BARACALDO RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52396902:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 27 de mayo de 2018, a las 23:22:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	520396902
Código de Verificación	520396902180527232207

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO





Bogotá D.C., 27 de Mayo de 2018 - 23:15 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **RUTH ELICED BARACALDO RIVERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOS** de BOGOTÁ D.C.

52396902

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

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. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **5_46TFU_1523**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 23:18:06 horas del 27/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52396902

Apellidos y Nombres: **BARACALDO RIVERA RUTH ELICED**

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.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA

2018/03/26

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora RUTH ELICED BARACALDO RIVERA
con Cédula de Ciudadanía número 52396902
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

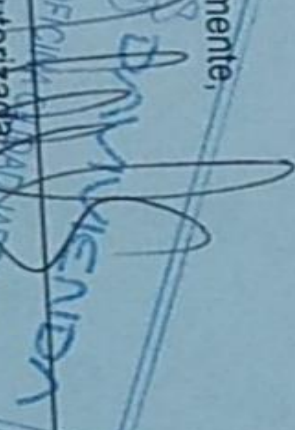
Número

003870066564

Fecha Apertura

2013/01/28

Cordialmente,


Firma Autorizada