

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 16:12:27

[Buscar por proces](#)[Menú](#)[Buscar...](#)Id de página: 14001741 [Ayuda ?](#)

Confirmación de registro de la entidad

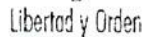
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LUISA ALEJANDRA RAMIREZ ,

LUISA ALEJANDRA RAMIREZ con el NIT 1110452612 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

[Haga clic aquí para continuar >](#)



Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 439 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

IDICMA	LO HARLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X			X			X		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Subred integrada de serv. de salud centro oriente</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Terapeuta Respiratorio</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Tanque Respiratorio	1	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. 28-11-17

Alejandra Ramirez Martinez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

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

I.1 DE BIENES Y RENTAS

YO. Luisa Alejandra Ramirez Martinez

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1.110.452.612 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

DIRECCIÓN
Cr. 68 D me 40-53 sur

TELÉFONOS
3204395186

MUNICIPIO
Bogotá

DEPARTAMENTO
Cundinamarca

PAÍS
Colombia

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

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Myriam Martinez</u>	<u>65731603</u>	<u>Madre.</u>
<u>Oscar Alejandro Maldonado Ramirez</u>	<u>1197463412</u>	<u>Hijo</u>
<u>Mariam Isabella Maldonado Ramirez</u>	<u>1197470086</u>	<u>Hija.</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 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	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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
<u>Devivienda</u>	<u>ahorro</u>	<u>0550008400754365</u>	<u>Bogotá</u>	<u>3.587.</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
<u>vehículo</u>	<u>DZ2W819</u>	<u>40.000.000</u>

EMPLEADOR O CONTRATANTE



ALCALDÍA MAYOR
BOGOTÁ D.C.

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

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 CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Oscar Maldonado Diaz	CC ☒ CE ☐ OTRO ☐	14.399.243

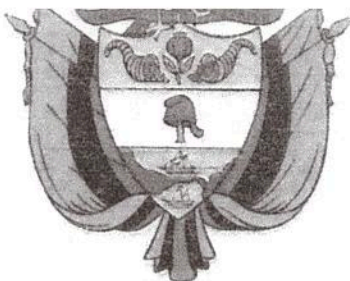
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

Alejandra Ramirez Marlinet
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá, 01 Dic / 2017
CIUDAD Y FECHA

EMPLÉADOR O CONTRATANTE



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Técnico Rosarista

Ibagué - Tolima

Autorizado por la Gobernación del Departamento del Tolima
según Resolución N°. 1781 del 14 de Diciembre de 1998 y 1221 de Diciembre 1 de 1999

Confiere a

Luisa Alejandra Ramírez Martínez
C.C. N°. 1.110.452.612

El título de

Bachiller Técnico

Con Especialización en Informática y Mantenimiento de Computadores

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica (Art. 32 Ley 115 de 1994), según los planes y programas vigentes

Anotado al Folio 006 del Libro para Control Interno de Diplomas N°. 018



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

LUISA ALEJANDRA RAMÍREZ MARTÍNEZ

C.C. No. 1.110.452.612 de Ibagué

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

TERAPEUTA RESPIRATORIO

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 9 de octubre de 2015



Rector



Secretario General



Decano

COLEGIO TECNICO ROSARISTA

INSCRIPCION S.E. 331153

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Aprobado según resoluciones 1781 de Diciembre 14 de 1998 y 1221 de Diciembre 1° de 1999. Gobernación del Tolima.
Carrera 5ª. No. 10-38, Teléfono 2611367.

En Ibagué Tolima , a los 26 días del mes de Noviembre de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría. Institución aprobada según Resolución No.1781 del 14 de Diciembre de 1998 por la Gobernación del Tolima, para otorgar el Título de **BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIZACION EN INFORMATICA Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORES**. Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIZACION EN INFORMATICA Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORES**; al graduando cuyos Nombres, Apellidos y números de documento de Identidad se relaciona a continuación:

LUISA ALEJANDRA RAMÍREZ MARTINEZ

C.C 1.110.452.612

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.001 del 26 de Noviembre de 2004, consta de 27 Estudiantes; comienza con el Nombre de Albornoz Garcia William Guillermo y cierra con el Nombre de Vargas Rodriguez Rosa Margarita.

Firmado por **INDIRA O. TATIANA ROJAS OVIEDO** (Rectora) y **YAZMIN ADRIANA TINOCO VASQUEZ** (Secretaria).

Ibagué, 26 de Noviembre de 2004.


INDIRA O. TATIANA ROJAS OVIEDO
Rectora
Esp. Gerencia Instituciones Educativas


YASMIN ADRIANA TINOCO V.
Secretaria

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 754

En Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 145 del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ** con cédula de ciudadanía Número 1110452612 de Ibagué, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **TERAPEUTA RESPIRATORIO** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 053 del 12 de mayo de 1993. Previa entrega del diploma se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 130, número 45288

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015.


María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)



Hospital
Simón Bolívar



Certifica que:

ALEJANDRA RAMIREZ

Asistió a la

1^{ra} JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN SOPORTE VENTILATORIO

25 de Octubre de 2012

Teatro Centro de Desarrollo Cultural Simón Bolívar

Dra. Viviana Fernanda Meneses Romero
Gerente Hospital Simón Bolívar

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Fundación Universitaria del Arcandiana
 (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Luisa Alejandra Ramirez Martinez, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Terapeuta Respiratoria.
 (NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 1.110.452.612

Tarjeta profesional No.: _____

Dirección de contacto: Cr. 68D Ne 40-53 sur T3 A704

Teléfono: 3204395186

Diagonal 34 5-43
 Código Postal 11031174
 Teléfono: 3444484
 NIT: 830077644-5
www.esecentroorientegov.gov.co
subcentroorientesaludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.110.452.612

NUMERO

RAMIREZ MARTINEZ

APELLIDOS

LUISA ALEJANDRA

NOMBRES

LUISA ALEJANDRA RAMIREZ M.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-1986**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

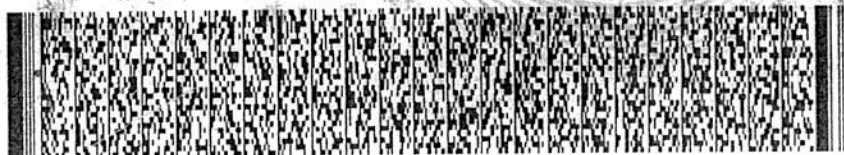
F

SEXO

10-NOV-2004 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2900100-63135061-F-1110452612-20050222

03961 050520 02 177471954

 DIAN <small>Directorio de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 ANLISCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001																																				
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción Espacio reservado para la DIAN <div style="text-align: center;">  </div>		4. Número de formulario 14387346823 <div style="text-align: center;">  <p>(415)7707212489984(8020) 000001438734682 3</p> </div>																																					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 1 0 4 5 2 6 1 2 - 7		6. DV 7 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																					
IDENTIFICACION																																							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 ☐ 3																																					
26. Número de identificación: 1 1 1 0 4 5 2 6 1 2		27. Fecha expedición: 2 0 0 4 1 1 0																																					
28. País: COLOMBIA ☒ 1 ☐ 6 ☐ 9		29. Departamento: Tolima ☒ 7 ☐ 3																																					
30. Ciudad/Municipio: Ibagué ☒ 0 ☐ 0 ☐ 1																																							
31. Primer apellido RAMIREZ		32. Segundo apellido MARTINEZ																																					
33. Primer nombre LUISA		34. Otros nombres ALEJANDRA																																					
35. Razón social:																																							
36. Nombre comercial:																																							
UBICACION																																							
38. País: COLOMBIA ☒ 1 ☐ 6 ☐ 9		39. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 ☐ 1																																					
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 ☐ 0 ☐ 1																																							
41. Dirección principal CR 68 D 40 53 SUR AP 704 TO 3																																							
42. Correo electrónico: alejaramirez3019@hotmail.com		43. Apartado aéreo <input type="text"/>																																					
44. Teléfono 1: <input type="text"/>		45. Teléfono 2: <input type="text"/>																																					
CLASIFICACION																																							
Actividad económica		Ocupación																																					
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 0 8 0 1																																					
48. Código: <input type="text"/>		49. Fecha inicio actividad: <input type="text"/>																																					
50. Código: <input type="text"/>		51. Código: <input type="text"/>																																					
52. Número establecimientos: <input type="text"/>																																							
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																							
53. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	2	0																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																						
2	0																																						
20. Obtención NIT																																							
Usuarios aduaneros		Exportadores																																					
54. Código: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma ☐ 56. Tipo ☐ 57. Modo ☐ 58. CPC ☐																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																														
Para uso exclusivo de la DIAN																																							
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de Folios: <input type="text"/> 1																																					
61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 3 0																																							
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 Firma del solicitante: <div style="text-align: center;">  </div>		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: <div style="text-align: center;">  </div> 984. Nombre FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA 985. Cargo: Gestor I																																					

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1110452612-7 LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ

Información General

Dirección KR 68D 40 53 SUR TO 3 AP 704

Teléfonos 3879929 3204395186

Dirección electrónica alejaramirez3019@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/02/2017

Soporte Inscripción 16410187

Fecha Inicio Actividades 01/08/2016

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 PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001743438



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 15640 de 10/12/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RAMIREZ MARTINEZ LUISA ALEJANDRA Identificado(a) con CC número 1110452612 expedida en IBAGUE solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 09/10/2015 y registrado en el libro 8 Folio 130 año 2015. 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 RAMIREZ MARTINEZ LUISA ALEJANDRA identificado(a) con CC número 1110452612 expedida en IBAGUE para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 10/12/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 22-MARZO-2016
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Luisa Alejandra Ramirez Martinez
CC. # 1110452.612
Firma Alejandra Ramirez Martinez

Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboró : Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1110452612

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tania Salud PBX:
211 9289
Cel: 310 237 1397

ENTRO DE VACUNACIÓN



MAQUINARIA

Carretera 15 No. 10
WWW.VACUNACIONTANIASALUD.COM
mailto:tania.salud@ent.com
administracion@vacunaciontania.salud.com

Manuf: O3 DEC 13
lot: K7401
exp: 11-2014
14 966261

[illegible]

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

Consérvelo

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

liberal y orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Paperes	1	30-Mayo-12	01281014	<i>[Firma]</i>
Toxoide Tetánico	2			
Difterico	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30-Mayo-12	032110044	<i>[Firma]</i>
	2	10 JUL 2012	03561001	
	3	29 FEB 2014	03561001	

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Luisa Alejandra

Apellidos:

Ramirez Martinez

Documento
de identidad:

C.C.X T.I.

Pasaporte

No. 1110452612

Fecha de
Nacimiento:

Día.

Mes.

Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	30-Mayo-12	1203401	14163	<i>[Firma]</i>
Otras				

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Luisa Alejandra**
 Apellidos: **Pomarez Martinez**
 Documento de identidad: C.C. Vlt. No. **1110452612**
 Fecha de Nacimiento: Día **27** Mes **10** Año **1986**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25 FEB 2009		
	2	04 MAY 2012		
	3			
	4	07 JUL 2014		
		09 JUL 2015	AC37B155A13	
Contra Hepatitis B	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1 & AGU. 2015		Sanofi H1062	Fernandez
Virus de Papiloma Humano				

Consérve-lo

[illegible]

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoiode Tetánico Diférico Td	1			
	2	25 Feb 2013	EU 401118	Lucelly
	3	4 May 2013	24040118	Adolfo
	4	8 FEB 2013	02419154	Adolfo
	5	23 Feb		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	23 FEB		K449-1	
Otras				

República de Colombia

**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**

Certificado de Vacunación del Adulto

Luiza Alejandra

Ramirez
Haitinez

Documento de identidad:	C.C.	T.I.	Pasaporte	No.
-------------------------	------	------	-----------	-----

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 06/08/2016 10:30:01

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUISA RAMIREZ

C.C 1110452612

EDAD 30 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TERAPIA RESPIRATORIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Glic ☐ Col ☐ Triglic ☐ Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO

MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL EPS- NUTRICION- PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Alejandra Ramirez M.

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705



Salamandra®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Luisa Alejandra Ramírez Martínez

Identificado con cédula de ciudadanía N° 1110452612

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación
del curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

El cual avala competencias en los componentes de:

**SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-
RESPIRATORIO Y ABORDAJE INICIAL EN TRAUMA**

Con una intensidad de 20 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá
a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2016,
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
con el No. C-SBV53420162024

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 27-11-17 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 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: Ramirez SEGUNDO APELLIDO: Martinez PRIMER NOMBRE: Luisa SEGUNDO NOMBRE: Alejandra

TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: 1.110.452.612 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Ibaguè Tolima FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2004-11-10

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 27-10-86 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Ibaguè Tolima PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO CELULAR: 3204395186

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☒ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA: Cra 68 b # 40-53 sur B/ Sanandres CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 3879929

CORREO ELECTRONICO: alejaramirez3019@hotmail.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: Maldonado SEGUNDO APELLIDO: Diaz PRIMER NOMBRE: Oscar SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: NUMERO IDENTIFICACION: 14399243 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Ibaguè Tolima FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2001-09-07

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL: 8692
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ IVA: SI ☐ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA:
NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ 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 ECONÓMICA			
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	Sub Red Centro oriente.			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☒	IND ☐	NIT 900959051-7	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: X						
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
Bogotá 34 # 5-43		344 44 89		Bogotá		Cundinamarca	
CARGO ACTUAL		Terapeuta Respiratorio				FECHA VINCULACIÓN	
						2016-08-01	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	40.000.000
HONORARIOS	2'300.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	40.000.000	DEUDAS VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	500.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN 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
Latorre	Leal	Claudia	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
Cra 24 H 99 - 59	Bogotá Cundinamarca	Amiga	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO			
Davivienda		Cuenta de ahorro		0550008400754365		20 de julio					
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ ☐											
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD		MONEDA		MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:											
IMPORTACION ☐		EXPORTACION ☐		TRANSFERENCIAS ☐		PRESTAMOS ☐		PAGO SERVICIOS ☐		OTRA ☐	
										CUAL: <div></div>	

8. DECLARACIÓN 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.):

Terapeuta Respiratorio.

- 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

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. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a 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 requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiendo por LA ISE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con NIT 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, 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 ISE 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, estadísticos, 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 regulaciones 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 citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para 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 derivados 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, Finsecol, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, 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 INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: 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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) 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 344 44 84, e-mail: sarlatiff@subredcentroorient.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 DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Alejandra Ramirez Martinez

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 ☐

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:	



DAVIVIENDA



H.01

CUENTA DE AHORROS

0084 0075 4365

INFORME DEL MES: AGOSTO /2017

Apreciado Cliente

LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ

ALEJARAMIREZ3019@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	\$9,636.03
Más Créditos	\$2,560,319.88
Menos Débitos	\$2,560,200.00
Nuevo Saldo	\$9,755.91
Saldo Promedio	\$257,473.19
Saldo Total Bolsillo	\$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
08 08	\$ 2,560,298.00+	0417	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
11 08	\$ 720,000.00-	8580	Retiro en Cajero Automatico.	PITALITO
11 08	\$ 720,000.00-	8582	Retiro en Cajero Automatico.	PITALITO
11 08	\$ 720,000.00-	8584	Retiro en Cajero Automatico.	PITALITO
11 08	\$ 390,000.00-	8588	Retiro en Cajero Automatico.	PITALITO
31 08	\$ 21.88+	0000	Rendimientos Financieros.	
31 08	\$ 10,200.00-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	

APRECIADO CLIENTE, LAS TARIFAS DE SUS PRODUCTOS CAMBIARÁN A PARTIR DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2017.



Podrá consultarlas a partir del 17 de septiembre de 2017 ingresando a www.davivienda.com

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Este producto cuenta con seguro de depósitos

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.

Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Sema Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6092013 Fax: 4829715 Correo Electrónico: defensorcliente@davivienda.comPara mayor información en www.davivienda.com



DAVIVIENDA



H.01

CUENTA DE AHORROS

0084 0075 4365

INFORME DEL MES: SEPTIEMBRE /2017

Apreciado Cliente

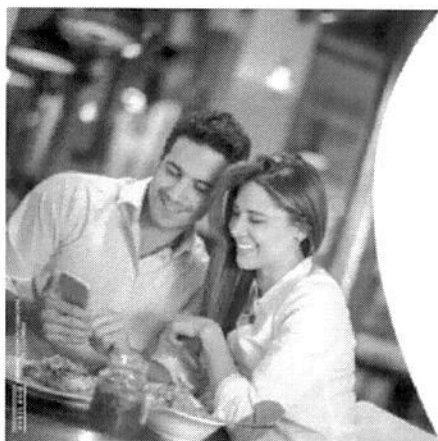
LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ

ALEJARAMIREZ3019@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	\$9,755.91
Más Créditos	\$2,675,107.93
Menos Débitos	\$2,672,979.32
Nuevo Saldo	\$11,884.52
Saldo Promedio	\$11,387.13
Saldo Total Bolsillo	\$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
08 09	\$ 2,675,107.00+	6129	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
08 09	\$ 42,330.00-	1187	Pago Emp de Acueducto y Alcantarillado 3895692111	www.davivienda.com
08 09	\$ 720,000.00-	5366	Retiro en Cajero Automatico.	SURYCENTRO BOGOTA
08 09	\$ 720,000.00-	5368	Retiro en Cajero Automatico.	SURYCENTRO BOGOTA
08 09	\$ 720,000.00-	5370	Retiro en Cajero Automatico.	SURYCENTRO BOGOTA
08 09	\$ 460,000.00-	5372	Retiro en Cajero Automatico.	SURYCENTRO BOGOTA
30 09	\$ 0.93+	0000	Rendimientos Financieros.	
30 09	\$ 10,649.32-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	



ACTIVE Y DESACTIVE SU TARJETA DÉBITO PARA COMPRAS INTERNACIONALES O RETIROS EN CAJEROS ELECTRÓNICOS EN EL EXTERIOR.

Hacerlo es muy fácil:

1. Ingrese a Davivienda.com con su clave virtual.
2. Seleccione "Más Servicios" y luego "Personalizaciones"
3. Ingrese a "Controlar transacciones virtuales y presenciales en el exterior"
4. Y siga las instrucciones.

Banco Davivienda S.A.

Este producto cuenta con seguro de depósitos

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisora fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.

Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Sema Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6092013 Fax: 4829715 Correo Electrónico:

defensordelcliente@davivienda.com

Para mayor información en www.davivienda.com



DAVIVIENDA



H.01

CUENTA DE AHORROS

0084 0075 4365

INFORME DEL MES: OCTUBRE /2017

Apreciado Cliente

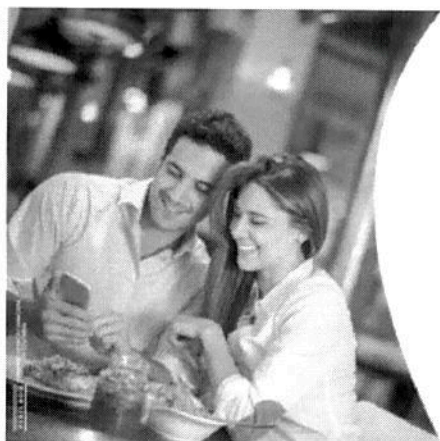
LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ

ALEJARAMIREZ3019@HOTMAIL.COM

Saldo Anterior	\$11,884.52
Más Créditos	\$2,675,114.96
Menos Débitos	\$2,680,680.00
Nuevo Saldo	\$6,319.48
Saldo Promedio	\$93,683.93
Saldo Total Bolsillo	\$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
06 10	\$ 2,675,107.00+	8280	Abono Por Pago De Proveedores.	PORTAL-EMPRESARIAL
07 10	\$ 720,000.00-	4874	Retiro en Cajero Automatico.	OFICINA PUERTA GRANDE
07 10	\$ 720,000.00-	4876	Retiro en Cajero Automatico.	OFICINA PUERTA GRANDE
07 10	\$ 720,000.00-	4878	Retiro en Cajero Automatico.	OFICINA PUERTA GRANDE
07 10	\$ 510,000.00-	4880	Retiro en Cajero Automatico.	OFICINA PUERTA GRANDE
31 10	\$ 7.96+	0000	Rendimientos Financieros.	OFICINA PUERTA GRANDE
31 10	\$ 10,680.00-	0000	Gravamen a los Movimientos Financieros	



ACTIVE Y DESACTIVE SU TARJETA DÉBITO PARA COMPRAS INTERNACIONALES O RETIROS EN CAJEROS ELECTRÓNICOS EN EL EXTERIOR.

Hacerlo es muy fácil:

1. Ingrese a Davivienda.com con su clave virtual.
2. Seleccione "Más Servicios" y luego "Personalizaciones"
3. Ingrese a "Controlar transacciones virtuales y presenciales en el exterior"
4. Y siga las instrucciones.

Banco Davivienda S.A.

Este producto cuenta con seguro de depósitos

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá

Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Sema Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6092013 Fax: 4829715 Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com

Para mayor información en www.davivienda.com

Síguenos en nuestras
redes sociales



Líneas de atención

018009129777 - (+571) 651 0777



Red de atención

A Nivel Nacional

[Inicio](#)

[Afiliados](#)

[Empleadores](#)

[Prestadores](#)

[Normatividad](#)

[Consulta afiliados](#)



Consulta afiliados

1 Afiliados Cafesalud 01-08-2017	
CC	1110452612
<input type="button" value="Consultar"/>	

¡Consulta exitosa!

El usuario se encuentra registrado con la siguiente información:

Afiliado: LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ

Regimen: Contributivo



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,110,452,612**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1110452612	LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ	SANTA CLARA-ASISTENCI AL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 23 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1,110.452.612

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Luisa

Primer Nombre

Alejandra

Segundo Nombre

Ramirez

Primer Apellido

Martinez

Segundo Apellido

27-10-1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

Baguá

Ciudad de Nacimiento

Cra 60d #40-53 sur Bl surandres

Dirección de Residencia

3879929

teléfono fijo

Medicinas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

2' 600.000 =

Honorarios

Terapeuta Respiratoria

Objeto Contractual (Cargo)

2016-08-01

Fecha Inicio del Contrato

alejaramirez3019@hotmail.com

Correo Electrónico

3204395186

Celular

Alejandra Ramirez

Firma del Afiliado

Esneider Pocha

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

419 20114

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101916771

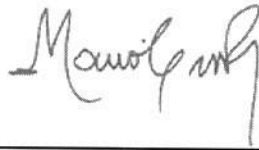
Bogotá DC, 20 de noviembre del 2017

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) LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110452612:

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

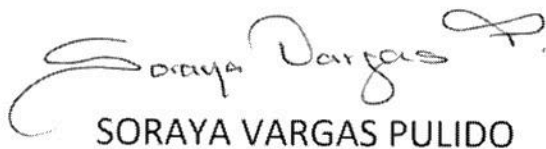
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de noviembre de 2017, a las 10:51:1, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.110.452.612
Código de Verificación	11209646232017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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.



SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000



Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2017 - 9:09 am

**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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CIENTO DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS DOCE**

1110452612

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: **11_SG8R_099**

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/11/2017 a las 10:48:57 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1110452612 y
Nombres: RAMIREZ MARTINEZ LUISA ALEJANDRA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12 pm y 2 pm a 5 pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas

Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

29/11/2017

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUISA ALEJANDRA RAMIREZ MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1110452612**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550008400754365
Fecha de apertura	07/09/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

CERTIFICA QUE:

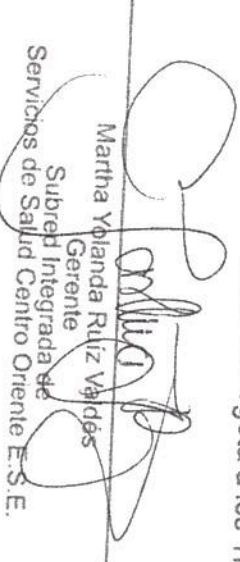
LUISA ALEJANDRA RAMIREZ M.

C.C.: 1110452612

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas
Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

