Santa Marta D.C.T.H. 03 de Junio del 2021

Señor Coronel
OSCAR FAVIAN SOLARTE CASTILLO
Comandante Policía Metropolitana de Santa marta

Cordial saludo;

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad , mis servicios como MEDICO GENERAL, que serán prestados en la Policía Metropolitana de Santa Marta, en la jurisdicción correspondiente al Área de Sanidad, mi disponibilidad para prestar mi servicio como médico general en esta institución en horarios desde las 13 horas hasta 19 horas.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informada a la dirección carrera 23 N 12-41 Casa 7B Conjunto Villa María Fernanda, teléfono 3106301551de la ciudad de Santa Marta.

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa entidad

Cordialmente.

Martha Carmona Villa

MARTHA CECILIA CARMONA VILLA
CC. 57461567 expedida en Santa Marta

Santa Marta D.C.T.H. 03 de Junio del 2021

Señor Coronel
OSCAR FAVIAN SOLARTE CASTILLO
Comandante Policía Metropolitana de Santa marta

Cordial saludo;

Yo MARTHA CECILIA CARMONA VILLA, identificada con la cédula de ciudadanía No 57461567 expedida en Santa Marta, en calidad de contratista manifiesto mi intención de afiliarme al Sistema de Riesgo Profesionales.

Cordialmente.

Martha Carmona Villa

MARTHA CECILIA CARMONA VILLA
CC. 57461567 expedida en Santa Marta

Santa Marta D.C.T.H. 03 de Junio del 2021

Señor Coronel
OSCAR FAVIAN SOLARTE CASTILLO
Comandante Policía Metropolitana de Santa marta

Cordial saludo;

Yo MARTHA CECILIA CARMONA VILLA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57461567 expedida en Santa Marta, me permito manifestar bajo gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución y en los artículos 8 y 9 dela ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Cordialmente.

Martha Carmona Villa

MARTHA CECILIA CARMONA VILLA
CC. 57461567 expedida en Santa Marta

FORMATO ÚNICO



# HOJA DE VIDA

EOAP

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| CARMONA | VILLA | *MARTHA CECILIA* |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 57461567

*SEXO*: F ○ M ○

*NACIONALIDAD*: COL. ○ EXTRANJERO ○ *PAÍS* COLOMBIA

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 16 MES 10 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CHIVOLO

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

*CARRERA 23 N 12-41 CONJUNTO VILLA MARIA FERNANDA*

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3106301551 EMAIL martha.carvi@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 11 AÑO 2001 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | MEDICA | 11 | 2000 7 | 478070 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMA

| *IDIOMA* | *LO HABLA* R | B | MB | *LO LEE* R | B | MB | *LO ESCRIBE* R | B | MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPAÑOL | | | X | | | X | | | X |
| INGLES | | X | | | X | | | X | |

(**B**) O MUY BIEN (**MB**)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Lèyes 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* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| POLICIA NACIONAL ( SANIDAD DEMAG) | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | Demag.grusa@policia.gov.co |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
| 4234831 | DÍA 21 MES 08 AÑO 2019 | DÍA 21 MES 06 AÑO 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
| MEDICO | SANIDAD DEMAG | *CALLE 22 N 22 C - 74* |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| *VIVA 1A IPS S.A* | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
| 4365163-3017200957 | DÍA 09 MES 05 AÑO 2017 | DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
| CONTRATO OBRA LABOR | MEDICO – CONS EXTERNA | CRA 12 N 20-35 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CLINICA BAHIA | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | calidadinversionesazalud@gmail.com |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
| 4363616-4358400-4372078 | DÍA 01 MES 11 AÑO 2010 | DÍA 17 MES 04 AÑO 2 017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
| CONTRATO SINDICAL | MEDICO | CARRERA 19 N 28 C 09 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | DIFICIL (ARIGUANI) | hospitalariguani@hotmail.com |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
| 4257024 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2009 | DÍA 00 MES 07 AÑO 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
| PRESTACION DE SERVICIOS | MEDICO DE URGENCIA | CARETERA PRINCIPAL SALIDA A PLATO |

**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)

## 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* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| REFORESTADORA DE LA COSTA S.A | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| *3106412836-3106324665* | DÍA 08 MES 01 AÑO 2008 | DÍA 08 MES 01 AÑO 2009 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONTRATO | MEDICO S.S.O | KM 40 VIA MONTERRUBIO-PROYECTO LA GLORIA |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO MEDICO GENERAL | 13 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO MEDICO GENERAL | 1 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 14 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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 5o. DE LA LEY 190/95).

Martha Cardona Villa

*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*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

'O, MARTHA CECILIA CARMONA VLLA

)ENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 57.461.567 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

'aís COLOMBIA | Departamento MAGDALENA | Municipio SANTA MARTA

)irección CARRERA 23 N 12-41 CONJ UNTO VILLA MARIA FERNANDA | Teléfonos 3106301551

' TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MANUEL ANTONIO CARMONA BERMUDEZ | 19.515.500 | PADRE |
| ELSA CECILIA VILLA DE CARMONA | 57.115.246 | MADRE |
| IYALID NADREA VASQUEZ CARMONA | 1.082.978.984 | HIJ A |
| ARIANA SOFIA VASQUEZ CARMONA | 1.083.041.301 | HIJ A |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 52.000.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | 1.500.000 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 53.500.000 |

) 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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 78139022687 | PLADO PLAZA | $ 200,000 |
| BANCO AV VILLAS | AHORROS | 854937567 | CENTRO | $ 2.000.000 |
| | | | | |
| | | | | |

) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| SAO ( SERFINANSA) | CREDITO | $ 800,000 |
| DAVIVIENDA | LIBRE INVERSION | $ 19,154,796 |
| DAVIVIENDA | TARJ ETAS CREDITO | $ 1,000,000 |
| BANCOLOMBIA | CREDITO | $ 4.000.000 |
| | | |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|---|---|---|
| CARLOS ANDRES VASQUEZ BARROS | C.C. X C.E. T.I. | 84.451.884 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Martha Carranza Villa

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SANTA MARTA 03-06-2021

CIUDAD Y FECHA

[MEDICO GENERAL] **Martha Cecilia Carmona Villa**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.461.567
CARMONA VILLA
APELLIDOS
MARTHA CECILIA
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1984
CHIVOLO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

27-NOV-2002 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00396865-F-0057461567-20120905 0030967936A 1 4691935222

La República de Colombia
y en su nombre el

# Ateneo Moderno

Santa Marta - D.T.C.H.

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Distrital según Resolución No. 547 del 28 de septiembre de 2001,

Confiere a

**Martha Cecilia Carmona Villa**

Identificado(a) con T.I. No. 841016-00156 Expedida en Santa Marta

El Título de

# Bachiller Académico

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

Rector,

Secretario,

ATENEO MODERNO Santa Marta

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 001 Folio No. 035 Diploma No. 12

Martha Cecilia Carmona Villa

[MEDICO GENERAL]

# LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

## Martha Cecilia Carmona Villa

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 57'461.567 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# MEDICA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta, el día 30 de noviembre de 2007

Rector

Decano de Facultad

Director Seccional

Gloria Patricia Rau J
Secretario General

Registros y Diplomas

Anotado al folio No. 4904 del libro de Registros y Diplomas No. 5 Refrendado en Santa Marta el día 27 de noviembre de 2007

[MEDICO GENERAL] Martha Cecilia Carmona Villa

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

**Acta Individual de Graduación No.** 37

**DEPENDENCIA:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE** MEDICINA

**APROBACIÓN DEL PROGRAMA:** SNIES 18204610000470011110O

**FECHA:** 30 DE NOVIEMBRE DE 2007

**LUGAR:** UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - SANTA MARTA

**En atención a que** MARTHA CECILIA CARMONA VILLA

**con cédula de ciudadanía No.** 57,461,567 **de** SANTA MARTA

**Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de** MEDICA

**Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No.** 15 **en sesión del día** 16 **de** OCTUBRE **de** 2007

**Para constancia se suscribe por:**

CESAR PEREZ GARCIA
**Rector**

OMAR VARGAS VARGAS
**Director Seccional**

FAROUK ZAWADY EEAL
**Decano de la Facultad**

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
**Secretario General**

No. 1142

[MEDICO GENERAL] Martha Cecilia Carmona Villa

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE LA SALUD
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47 8070**
"Por la cual se registra un título"
**EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) **MARTHA CECILIA CARMONA VILLA,** identificado (a) con CC N°. 57.461.567 Expedida en Santa Marta - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según titulo de profesional en **MEDICINA** otorgado por **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** de Santa Marta según Acta de Grado N°. 37 del día 30 de Noviembre del 2007 y Registrado en el Libro 5, Folio 4904 del 27 de Noviembre del 2007.

Que **MARTHA CECILIA CARMONA VILLA,** cumplió con el Servicio Social Obligatorio como **MEDICO** en REFOCOSTA en el Corregimiento de Monterrubio - Magdalena, durante el período comprendido entre el 08 de Enero de 2008 hasta el 07 de Enero de 2009 con Plaza N°. **112-M** y numero de radicación 0012 del 02 de Enero de 1997.

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **MARTHA CECILIA CARMONA VILLA,** identificado (a) con CC N° 57.461.567 Expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de **MEDICA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo para laborar en el Departamento.

**ARTICULO SEGUNDO:** para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 11 FEB. 2009

**CESAR ROVIRA AVENDAÑO**
**Secretario de Salud Del Magdalena**

Proyectado por Angélica Restrepo Garceranth

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

47 8070/2009 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

MARTHA CECILIA CARMONA VILLA

C.C. o C.E. De

C 57461567 SANTA MARTA

Institución de Educación Ciudad

UNICOOP. D COL SANTA MARTA

Código 61506/01 Fecha de Expedición 15/12/09

FIRMA

Martha Carmona Villa

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

le expide la siguiente constancia de aprobación del curso teórico - practico de

Reanimación Cardiopulmonar .RCP

**SOPORTE VITAL BÁSICO**

A

**MARTHA CECILIA CARMONA VILLA**

**C.C. 57.461.567**

Realizado en la ciudad de **Santa Marta, los días 12, 13 y 14 de Enero del 2019,**
con una intensidad académica de 20 horas.
El curso sigue los lineamentos establecidos por la American Heart Association 2015,
organismo que establece los parámetros y manejos universales de la reanimación.

Javier Alfaro Roa
Director Acess

**LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**

le expide la siguiente constancia de aprobación del curso teórico - practico de

# Reanimación Cardiopulmonar .RCP

## SOPORTE VITAL AVANZADO

A

## MARTHA CECILIA CARMONA VILLA

**C.C. 57.461.567**

Realizado en la ciudad de **Santa Marta, los días 12, 13 y 14 de Enero del 2019,**
con una intensidad académica de 48 horas.
El curso sigue los lineamentos establecidos por la American Heart Association 2015,
organismo que establece los parámetros y manejos universales de la reanimación.

Javier Alfaro Roa
Director Acess

VIVA 1A® IPS

CERTIFICA QUE

**MARTA CECILA CARMONA VILLA**

Identificado (a) con C.C. No. **57461567**

aprobó el curso en

**MODELO DE ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

LUIS E. ALVARADO PALACIO
C.C. No. 19.419.480

Barranquilla, 1 de junio de 2019

VIVA 1A IPS

CERTIFICA QUE

**MARTA CECILA CARMONA VILLA**

Identificado (a) con C.C. No. **57461567**

aprobó el curso en

**ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA -AIEPI**

Director Nacional de riesgo

Barranquilla, 14 de junio de 2019

VIVA 1A IPS

CERTIFICA QUE

**MARTHA CARMONA VILLA**

Identificado (a) con C.C. No. **57461567**

aprobó el curso en

**ESTRATEGIAS DE LAS INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)**

**LUIS E. ALVARADO PALACIO**
**C.C. No. 19.419.480**

Barranquilla, 13 de Enero de 2020

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:23:30 AM horas del 02/06/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **57461567**
Apellidos y Nombres: **CARMONA VILLA MARTHA CECILIA**

**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.

Dirección: Calle 18A # 69F–45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 168244397

WEB
10:21:18
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de junio del 2021

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) MARTHA CECILIA CARMONA VILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 57461567:

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 GONZALEZ
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.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 02 de junio de 2021, a las 10:22:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 57461567 |
| Código de Verificación | 57461567210602102235 |

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.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14519090231

(415)7707212489984(8020) 000001451909023 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 7 4 6 1 5 6 7 | 9 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 7 4 6 1 5 6 7 | 2 0 0 2 1 1 2 7 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | | 30. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Magdalena | 4 7 | Santa Marta | 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARMONA | VILLA | MARTHA | CECILIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | | 40. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena | 4 7 | Santa Marta | 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 12 23 78

42. Correo electrónico: martha.carvi@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4 2 0 4 3 3 7 | 3 1 0 6 3 0 1 5 5 1 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 9 0 8 0 3 | 7 4 9 0 | 2 0 1 8 0 8 2 1 | | | | 2 2 2 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 11-12-2020 08:15:17PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SaludTotal EPS

Bogotá, Junio 2 de 2021

Señora:
CARMONA VILLA MARTHA CECILIA
CC. 57461567
CL 12 23 78 CA TER - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 16 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VASQUEZ CARMONA IYALID ANDREA | 1082978984 | T | Oct-16-2019 | 52 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| VASQUEZ CARMONA ARIANA SOFIA | 1083041301 | R | Oct-16-2019 | 52 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| CARMONA VILLA MARTHA CECILIA | 57461567 | C | Oct-16-2019 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| COMPENSAMOS SAS | 57461567 | Dependiente | VIGENTE |
| LABOR HUMANA SAS | 57461567 | Dependiente | CERRADO |
| MARTHA CECILIA CARMONA VILLA | 57461567 | Trabajador Independiente | CERRADO |
| MARTHA CECILIA CARMONA VILLA | 57461567 | Trabajador Independiente | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARTHA CECILIA CARMONA VILLA identificado(a) con C.C No. 57.461.567, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de junio del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

**Carolina Galvis Castellanos**
**Directora de Cuentas y Recaudo**
**Colfondos S.A Pensiones y Cesantías**

## DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Santa Marta FECHA 3-06-2021

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN _____

**I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)**

Entidad o beneficiario _____ NIT _____

Y/O

Dirección Cra 23 Nº 12-41 Casa 7B Martha Carolina Villa C.C. 57461567 Teléfono 3106301551

Departamento Magdalena Ciudad Santa Marta Municipio _____

Denominación de la cuenta Corriente _____ Ahorros X

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico para el efecto.

CORREO ELECTRÓNICO: martha.cavi@hotmail.com SI ( X )

TELÉFONO: 3106301551 SI ( )

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera Bancolombia Código _____

Sucursal Plaza Plaza Código _____ Ciudad Santa Marta

Dirección Clo 4 # 18-47 Teléfono 4212973 Fax _____

Número de la cuenta 73139022687

(Adjuntar certificación bancaria)

Martha Carolina Villa

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

# Certificado
## Bancario

Jueves, 3 de Junio de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARTHA CECILIA CARMONA VILLA identificado(a) con CC 57461567, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 78139022687 | 2008/01/22 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia