



Buscar

Id de página: 1400741 Ayuda

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones martha beatriz moreno rojas .

Martha Beatriz Moreno Rojas con el NIT 65754959 creada

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MORENO	ROJAS	MARTHA BEATRIZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 65754959

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 22 MES JUN AÑO 1972

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

CIUDAD: Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: carrera 3a este numero 39-08 sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3725610

EMAIL: mabemoro729@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 BASICA											TITULO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES: NOVIEMBRE AÑO: 1991
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		TECNICO EN AUXILAIR DE ENFERMERIA	8	2002	1345/2004-730024/2004

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: subredcentro oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: kdsb_1997@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3102529780	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 3 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: uci	*DIRECCIÓN*: diagonal 39sur numero 39 20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN RAFAEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Tolima	*MUNICIPIO*: Espinal	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: info@hsrfespinal.gov.co	
TELÉFONOS: 2482816	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 1 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: UCI	*DIRECCIÓN*: CARRERA 4 NUMERO 6 29	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota DC.
16-XII-2018

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 65754959 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección carrera 3a este numero 39-08 sur **Teléfonos** 3506740631 3725610

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
PAULA ANDREA BARRAGAN MORENO	1110507769	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ⓧ

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.295.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.295.200,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	007000730924	20 DE JULIO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 18-dic-2018

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	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

20

La Republica de Colombia

Y en su nombre

La Jornada Nocturna del Liceo Nacional de Bachillerato

Ibagué - Tolima

Autorizado por el Ministerio de Educacion Nacional
según Resolución No 13698 del 27 de octubre de 1986

Confiere a:

Martha Beatriz Moreno Rojas

Identificada con la C.C. 65'754.959 de Ibagué (Tol)

El Titulo de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes
y programas vigentes.

JORNADA NOCTURNA DEL LICEO NACIONAL DE BTO. SECRETARIA

Rector

JORNADA NOCTURNA DEL LICEO NACIONAL DE BTO. SECRETARIA

Secretario

Dado en Ibagué a 29 de Noviembre de 1991

Anotado al folio 1 M.10 libro de registro No 11

Secretario de Educación.

Ibagué Agosto 30 de 1992

INSTITUCION COLEGIO JORNADA NOCTURNA DEL LICEO NACIONAL DE BACHILLERATO
DIRECCION CALLE 30 CRA 5 ESQUINA
TELEFONO 644547 Inscripción S. E. 13104
JORNADA NOCTURNA Incripcion Dane 173001000368

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de IBAGUE a los 29 días del mes de NOVIEMBRE del año 1991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario (a) en la Rectoría del COLEGIO JORNADA NOCTURNA DEL LICEO NACIONAL DE BACHILLERATO Institución aprobada hasta NUEVA VISTTA en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 13698 del 27 de OCTUBRE de 19 86
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

MORENO ROJAS MARTHA BEATRIZ

C.C. 65.754.959 DE IBAGUE

Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado, Folio No. 19-20 Acta No. 001 de fecha NOVIEMBRE 20 /1991, que consta de 78 alumnos que comienzan con el nombre de RENTEZ LEAL LUZ NIDIA y se cierra con el nombre de VENEGAS CALDERON NANCY YANETH Firmado y Sellado por CARMEN ELISA MANRIQUE BOCANEGRA (Rector) y GLORIA HERRAN HERRERA (Secretario) (a).
Dada en IBAGUE a los 29 días del mes de NOVIEMBRE de 19 91

CARMEN ELISA MANRIQUE BOCANEGRA
Rector (a) o Director (a)
C.C. No. 28.534.352 DE IBAGUE
Firmado y Sellado

GLORIA HERRAN HERRERA
Secretario (a)
C.C. No. 38.226.299 DE IBAGUE
Firmado y Sellado

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
Se conoce el presente Título para todos los efectos legales
Ibagué 14 de Enero de 2004
Registro No. 73-0024/2004

ALFONSO PICAUTE PEREZ

32

República de Colombia

Secretaría de Educación del Tolima

El Instituto de Educación no Formal
Instituto Nacional de Técnicas

"INTECS"

Ibagué

Con autorización oficial , según Resolución No. 0574 de Mayo de 1998, emanada de la Secretaría de Educación del Departamento del Tolima. Acuerdo Ejecutivo No. 25 de Marzo 4 de 1998, del Ministerio de Salud.

Confiere Certificado de

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería, a

Martha Beatriz Moreno Rojas

c.c. 65´754.959 de Ibagué

Por haber cursado y aprobado el respectivo programa, realizado en Ibagué, con una intensidad de 1300 horas.

Dado en Ibagué - Tolima, a los 30 días del mes de Agosto de 2002

Acta de Grado No. 031 Anotado al Folio No. 038 **Libro de Registro** 1

Dr. Héctor Emilio Sánchez Troncoso
Director General

Dr. Jorge Hernán Sánchez Leyva
Director Académico

33

Instituto Nacional de Técnicas

PROGRAMAS TECNICOS EN AREAS DE LA SALUD Y ADMINISTRATIVAS

Aprobación Oficial N° 418 Junio de 1.996 - IBAGUÉ
N° 574 Mayo de 1.998 Secretaría de Educación del Tolima

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS,

"INTECS"

C E R T I F I C A :

Que según Acta No. 031 del 30 de Agosto de 2002, consignada en el Libro General de Actas No. 1 del Instituto, se encuentra registrado el nombre de:

Martha Beatriz Moreno Rojas
c.c. 65´754.959 de Ibagué

a quién se le otorgó el certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA,

Por haber cumplido los requisitos académicos establecidos en el Reglamento Pedagógico Institucional.

La presente acta consta de veintidós (22) alumnos; empieza con BEJARANO LEBRO BELZI y termina con SÁNTA LEAL JOHANA FANORY.

(fdo.) Doctor Héctor Emilio Sánchez Troncoso. Director General
(fdo.) Doctor Jorge Hernán Sánchez Leyva. Director Académico.

Dada en Ibagué a los 30 días del mes de Agosto de 2002

Dr. Héctor Emilio Sánchez Troncoso
Director General

Dr. Jorge Hernán Sánchez Leyva
Director Académico

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 65.754.959

Cursó y aprobó la acción de Formación

CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO

con una duración de 100 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Espinal, a los seis (6) días del mes de septiembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

9586069 - 06/09/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 951100391784CC65754959C.

SENA

REGIONAL CUNDINAMARCA

EL CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL

CERTIFICA

Que MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 65.754.959 de Ibagué, realizó y aprobó el curso de CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO con una intensidad horaria de Cien (100) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Espinal, a los seis (6) días del mes de septiembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SUBDIRECTOR CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95130303178AC65754959D

Ibagué, 06 de febrero de 2008

EL COORDINADOR DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL TOLIMA

HACE CONSTAR:

Que **MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS,** con documento de identidad No 65.754.959 de Ibagué, realizo y aprobó el curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS** con una evaluación apta A el cual consta de los siguientes contenidos temáticos:

MODULOS	EVALUACIÒN	INTENSIDAD HORARIA
ATENCION BASICA DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	A	96
ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES	A	96
ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y RCP	A	60

Equivalencias de Evaluaciones:

D: Reprobó (2.5)
A: Aprobó (4.0)

La presente constancia se expide con destino a la interesada.

CESAR BARRAGÁN CACEDO
SENA: UNA ORGANIZACIÓN DE CONOCIMIENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

CC.65.754.959

APROBO EL CURSO

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

DURACION 252 HORAS

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR DE CENTRO

Ibague, 10 de Junio de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

1692862

CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE FORMACION

SGC2005AP00358 10-06-2005
No Y FECHA DE REGISTRO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

MARTHA BEATRIZ MORENO

C.C. 65754989

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 14 (catorce) dias del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clinico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

INTECS

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Martha Beatriz Moreno Rojas en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso. autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico en Auxiliar de Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 65754089 dtor.

Tarjeta profesional No: 73 0024 2004-01-14 No 1345/2004-73

Dirección de contacto: Cra 3A este No 39-08 sur

Teléfono: 3506740631.

DHO

DESARROLLO
HUMANO Y ORGANIZACIONAL S.A.S.
NIT 900.517.063 - 9

"Soluciones con Calidad"

DHO - DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIONAL S.A.S.
NIT 900.517.063 - 9

CERTIFICA

Que **MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS**, identificada con cédula de ciudadanía número **65.754.959** labora en esta empresa prestando sus servicios en el Hospital San Rafael del Espinal desempeñando actividades de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 01 de Abril de 2015 mediante contrato a termino indefinido. Con un salario, recargo y Auxilio extralegal promedio de Un Millón Cuatrocientos Mil Pesos ($1.400.000) MCTE. Demostrando ser una persona responsable y cumplidora de su deber.

La presente se expide a solicitua del interesado a los Dos (02) días del mes de Octubre de 2015

RONY BERMUDEZ PEREZ
Gerente

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65754959

MORENO ROJAS
APELLIDOS

MARTHA BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1972
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

04-OCT-1990 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2900100-63084002-F-0065754959-20010404 16441 00312A 03 094824250

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14205855360

(415)7707212489984(8020) 000001420585536 0

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	6 5 7 5 4 9 5 9	1 9 9 0 1 0 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	ROJAS	MARTHA	BEATRIZ

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal:
BL 5 AP 301 CON MULTIFAMILIARES EL JORDAN

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
mabemoro729@hotmail.com		2 6 7 3 8 5 7	3 1 1 8 6 0 3 6 4 1

CLASIFICACION

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 9 2	2 0 0 2 0 6 2 8						5 1 3 2	

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 2 1 2 2 4

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:

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

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-02-2017
Hora: 10:14:51 AM

CONTRIBUYENTE NIT 65754959-1 MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

Información General

Dirección CL 32 A SUR 1 D 20

Teléfonos 3506740631

Dirección electrónica mabemoro729@hotmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/02/2017

Soporte Inscripción 23095337

Fecha Inicio Actividades 25/02/2017

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: 17001780273

Fuente ICA TE TOCA

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

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
INSCRIPCION PROFESIONAL

No. 1345/2004-73 0024/2004



MARTHA BEATRIZ
MORENO ROJAS
C.C. No. 65754959

REGISTRO PROFESIONAL
73 0024 2004-01-14
AUXILIAR DE ENFERMERIA

HACE CONSTAR QUE:
MARTHA BEATRIZ
MORENO ROJAS
Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer
en el Departamento del Tolima
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Secretario de salud
Director de Desarrollo
Oferta de Servicios

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION **73 0024 / 2004**

(14 de Enero del 2004)

Por la cual se registra un titulo y se concede una autorizacion para ejercer como

AUXILIAR DE ENFERMERIA

EL SECRETARIO DE SALUD DEL TOLIMA

En ejercicio de la delegación conferida por la Resolución 2085, emanada del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O:

Que MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS con Cédula de Ciudadanía No. 65754959 , ha solicitado autorización para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERIA, según diploma No. SIN otorgado el 30/08/2002 por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS EN SALUD "INTECS" - IBAGUE, y acta de grado No. 031.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante éste cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO: Registrar el título de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS EN SALUD "INTECS" - IBAGUE según Acta de Grado 031 del 30/08/2002.

ARTICULO SEGUNDO: Autorizar a MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS con Cédula de Ciudadanía No. 65754959, para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Ibagué, a los 14 de Enero del 2004

MARTHA MARTINEZ SANDOVAL

Secretaria de Salud del Tolima (E)

7555

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

65754959

Primer Nombre *

martha

Primer Apellido *

moreno

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→1:30:01 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	65754959	MARTHA	BEATRIZ	MORENO	ROJAS	**Ver**

Información Detallada [CC: 65754959] MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

2018-12-14→1:30:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2004/1/14	GOBERNACION DEL TOLIMA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	M3402607	17 FEB. 2017	Inmunosalud
	2 DOSIS	M3803625	17-Mar-2017	Sandra Rodrigez
	3 DOSIS	M3904708	17-Abril 2017	María Forero
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
VARICELA	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

NOMBRE: MARTHA BEATRIZ MORENO

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
DPTA	1 DOSIS			

Orden No:	**8278560**	Fecha de ingreso:	27-Aug-2018	1:27 pm	
Paciente:	**MORENO ROJAS MARTHA BEATRIZ**	Fecha de impresion:	01/10/2018		
Documento Id:	CC 65754959	Edad:	46 Años 2 meses 5 dias	Sexo	F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3506740631		
Sede:	ORQUIDEA	Cama:			
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:			

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

90304432

Nombre	**MORENO ROJAS MARTHA BEATRIZ**	Fecha de recepcion	03-sep-2018 4:52 pm
Identificacion	CC 65754959 Tel.	Fecha de impresion	19-sep-2018 8:39 am
Edad	46 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8278561	Fecha Validacion	04-sep-2018 5:42:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	891.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,739,827
BACTERIOLOGA

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 27-feb-2017 **HORA** 13:02:26
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Martha Beatriz Moreno Rojas
Edad 44 años 8 meses 5 dias
Documento de Identificación: CC Número: 65754959
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos postulares adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal. bajar de peso. dieta ejercicio.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISION A EPS?: NUTRICION

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO.

Aptitud Especifica:

- ☐ vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

Tipo de Restriciones:

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bipeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Movimientos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Henry Orozco Solano Med. Esp. Salud Ocup. Reg. Med. 0880-06 - Licencia 10921

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

RM. 10921 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Nombre: Martha Beatriz Moreno Rojas

CC N° 65754959

Huella

Certificación

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

CERTIFICA A:

MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

C.C. 65754959

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Flórez Bonilla
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Centro Oriente E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

13 Años
Educar para Servir

INSTITUTO Vertical
SALUD, URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996
Y 2888 DEL 2007 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S 0555 NIT 900.628.409-1

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS y EMERGENCIAS VERTICAL

CERTIFICAN QUE:

Martha Beatriz Moreno Rojas

C.C: *65.754.959*

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 30 HORAS

DIRECTOR

JUAN CARLOS JIMENEZ
DIRECTOR V.S.U.E

DRA. YESMI ADRIANA BONILLA
DIRECTORA ACADÉMICA

James Parra Jimez
Instructor
No. 10[illegible]2317

INSTRUCTOR

RCP para Vivir

Dada en Bogotá a los 10 dias del mes de Diciembre de 2018

C-3613

WWW.VERTICALSALUD.COM

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE – PERSONA NATURAL

CODIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	14-XII-18	CIUDAD:	Bogota DC	DEPARTAMENTO:	Bogota DC

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Moreno	Rojas	Martha	Beatriz.

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐	65754959	Ibague - Tolima	04-10-1990
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ —		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
22/06/1972	Ibagué	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	—	1	3506740631

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ CUAL: Aux Enfermeria	Aux Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 3A este No 39-08 sur	Bogota DC	Bogota DC	Colombia	—

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
marthabeatrizmoreno80@gmail.com	—	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
—	—	—	—

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☐ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐	—	—	—
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: —		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD —

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred integrada Centro oriente "La Victoria"

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	NIT	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 39 sur N 39-20	031 372 56 10	Bogotá	Bogotá	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermera		FECHA VINCULACION	14-03-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ INVESTIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 39 N 131-20 Sur	0 3137256 10	Bogotá	Bogotá	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar Enfermería	**FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)**	14-03-18	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	400 000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	1524.600	ARRIENDOS	350.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1554600	TOTAL EGRESOS	750000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	— 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	Arriendo - gastos	—	—

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
Rodriguez	Mesa	Dumar	Alejandro
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
M2 A6 N 1650 B/ Jordan	Ibague Tolima	Amigo	3168282762.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Cuenta Ahorros	007000730924	20 Nilo	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
—	—	—	—	—	

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar Enfermería.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas 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.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CODIGO: [illegible]
VERSION: 01
FECHA: [illegible]

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.651-7, ubicada en la Diagonal 69 Sur # [illegible], teléfono 3 44 44 86 con competencia territorial o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, contratada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

1. 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 [illegible] los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
2. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
3. 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 interés del solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contratante 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 montos y términos de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos (no 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 internos del sector salud. i) Enviar 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 de los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de logros de fidelización 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), y a las normas que la modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
4. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser comunicados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tengan la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Las operaciones necesarias para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de seguridad privada, abogados externos y internos, entre otros. c) Las personas y contratistas 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF Unidad de, en cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la asignación de riesgo y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinados momentos 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 hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que Si he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los referentes a la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contratista, 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 los mismos.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir los información que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se encuentran en el encabezado de este documento. De esta misma, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, se encuentra en los previstos en el literal c) del numeral 7 anterior, entre ellos, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 69 Sur 1 - 43 Bogotá D.C. teléfono 344 44 86 - correo notificacionesjudiciales@saludcapital.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 (ENTRE LA DIRECCIÓN CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, SUMINISTRAMOS el consentimiento de los datos personales recolectados, almacenados, de uso necesario, la transferencia nacional y 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 [illegible] en el link "POLITICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES"

FIRMAS Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO EN CUALQUIER [illegible] AUTORIZO [illegible] A LA [illegible] PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN QUE SE SUMINISTRARA [illegible] FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO.

Firma / Tercero Representante Legal

Huella Índice Derecho

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

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

NUEVA EPS S.A

Certifica

010-0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Saluda a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 65754959 MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	**4**		
Fecha Afiliación	01/01/2017	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/11/2018		
Fecha Cancelación	00/00/0000		

Beneficiarios

Identificación	Tipo Afiliado	Parent.	Beneficiarios	Fecha Afiliación	No. Semanas	Estado
CC 79492120	BENEFICIARIO	Compañero(a)	LINDERMAN BAREÑO RUIZ	01/02/2013	Mas de 26	ACTIVO

La presente certificación se expide el día 14 de Diciembre de 2018 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

GLORIA ESMERALDA OROZCO MONROY

INFORMACION CALL CENTER

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **65,754,959**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

65754959 Ibagé	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Martha	Beatriz	Moreno	Rojas
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

22/06/1972	Ibagé	Cra 3A No 39-08 Sur	3506740631
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva Eps	Porvenir	$ 1524.600
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

marthabeatrizmoreno80@gmail.com	3506740631
Correo Electrónico	Celular

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119225388

WEB
13:42:22

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65754959:

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de diciembre de 2018, a las 13:44:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	65754959
Código de Verificación	65754959181214134411

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2625913

Bogotá D.C., 19 de Diciembre de 2018 - 23:07 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SESENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE**

65754959

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 figueren 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.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_U7FHU_0623
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:47:51 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65754959**

Apellidos y Nombres: **MORENO ROJAS MARTHA BEATRIZ**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

14/12/2018 Policía Nacional de Colombia

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/02/21
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARTHA BEATRIZ MORENO ROJAS
con Cédula de Ciudadanía número 65754959
de IBAGUE-TOLIMA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Numero 007000730924

Fecha Apertura 2017/02/21

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda
NIT. 860.034
AH 170-1 REV