Confirmación de registro de Proveedor

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones MARTHA MONROY CALDERON,

MARTHA MONROY CALDERON con el NIT 20996336 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar »

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 28-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MONROY	CALDERON	MARTHA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20996336

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES JUL AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Avda. 6ta No. 42-31

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 2615299

EMAIL martuchimonro@yahoo.es

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* Auxiliar de Enfermeria
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NO AÑO 1985
										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	4	X		AUXILAR DE ENFERMERIA	11	1985	20996336

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-dic-2015

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA MONROY CALDERON

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20996336 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Avda. 6ta No. 42-31 **Teléfonos** 3108607395 2615299

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID carrillo monroy	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN Camilo Carrillo Monroy	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	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 ○ X

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	$ 18.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.600.000,00

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	008400754191	Restrepo	$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA FORMALIZACIÓN

Última Actualización: 04-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA MONROY CALDERON

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20996336 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Avda. 6ta No. 42-31 **Teléfonos** 3108607395 2615299

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID carrillo monroy	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN Camilo Carrillo Monroy	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	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 ○ X

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	$ 18.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.600.000,00

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	008400754191	Restrepo	$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 03-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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: 05-ene-21

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA MONROY CALDERON
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20996336 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogota D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Avda. 6ta No. 42-31 **Teléfonos** 3108607395 2615299

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID carrillo monroy	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN Camilo Carrillo Monroy	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	HIJO(A)
CRISTIAN CAMILO CARRILLO MONROY	1033718425	HIJO(A)
NESTOR DAVID CARRILLO MONROY	1031156064	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 DEMAS INGRESOS LABORALES	$ 18.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.600.000,00

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	00840079[illegible]4191	Restrepo	$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

Scanned with CamScanner

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
NESTOR CARRILLO LOPEZ	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	19485568

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

Nestor Lopez C

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DEPARTAMENTAL DE TIBACUY

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN

RESOLUCION No. 23754 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 1979

CONFIERE A

Martha Monroy Calderón

C.C. Nº 20.996.334 de TIBACUY

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

SECRETARIA DE EDUCACION COLEGIO DEPTAL. INTENDENCIA SECCION CUNDINAMARCA

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Tibacuy A 30 DE Noviembre DE 1982

ANOTADO AL FOLIO 19 LIBRO DE REGISTRO No. 11

SECRETARIO DE EDUCACION

EN Bogotá A 5 DE Diciembre DE 1983

COLº LIBRE E INDEPTE DE CUNDINAMARCA

0049221

IMPRIMIS DE LA RUE DE COLOMBIA S. A.

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA

APROBADA POR RESOLUCION No. 0248 DEL 14 DE FEBRERO DE 1.968

CERTIFICADO

CONCEDIDO A

Martha Monroy Calderon

Identificada con C. C. No. 20.986.338 de Tibacuy

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL PROGRAMA DE ESTUDIOS TEORICO-PRACTICO ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD, QUE LA CAPACITA PARA EJERCER COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECTORA DE LA ESCUELA

SECRETARIA DE LA ESCUELA

JEFE DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

FUSAGASUGA, Nov. 23/85

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Profesiones Médicas y Auxiliares

Reconócese este título para todos los efectos legales

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
FECHA DE REGISTRO 3-12-85

ACTA DE GRADO

EL COLEGIO DEPARTAMENTAL DE TIBACUY

Inscripción S.E. 018 Fl. 40

DANE 12580500011

Dirección TIBACUY CENTRO Teléfono

Jornada CONTINUA DIURNA

En la ciudad de TIBACUY a los TREINTA (30) días del mes de NOVIEMBRE del año 1982 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO DE TIBACUY

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA 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. 23754 del ONCE de DICIEMBRE de 19 79

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 cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: MARTHA MONROY CALDERON

C.C.# 20.996.334 de Tibacuy

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 002 de fecha NOVIEMBRE 30 DE 1.982 que consta de DOCE alumnos que comienza con el nombre de EDGAR AYA RUIZ y se cierra con el nombre de JORGE EDGAR VANEGAS FUENTES, firmado y sellado por MIGUEL ANTONIO SANABRIA ROMERO (Rector) y ALVARO ORTIZ PRIETO (Secretario).

Dada en TIBACUY a los TREINTA días del mes de NOVIEMBRE de 19 82

Firmado y Sellado

SECRETARIA DE EDUCACION COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO RECTORIA TIBACUY CUNDINAMARCA

El Rector o Director

C.C. No. 14.449.542 Cali

SECRETARIA DE EDUCACION COLEGIO DEPARTAMENTAL SECRETARIO PAGADOR TIBACUY CUNDINAMARCA

El Secretario

C.C. No. 7.964.014 Arbeláez

DIPLOMA No. 0049221

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
DE CUNDINAMARCA

Escuela de Auxiliares de Enfermería

Vía Girardot A. A. No. 027
FUSAGASUGA

ACTA DE CERTIFICACION Nº 039

En la Ciudad de Fusagasugá el día 29 de Noviembre de 1.985 se llevó a cabo el acto de Certificación, precidido por : Representante del S.S. de C/marca: Dr. Guillermo López Parra, Coordinador Técnico; Lic. Esperanza de Higuera, Enfermera División de Atención Médica; del Hospital San Rafael de Fusagasugá y Cáqueza; Hna. Celia del Carmen Chaparro Ch, Directora de la Escuela , Personal Docente y Administrativo.

En el cual la ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA aprobada por RESOLUCIONES Nº 0248 del 14 de Febrero de 1.968 y 8522 de Junio 27 de 1984 del Ministerio de Salud, previo el juramento reglamentario, confirió el certificado de :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A MARTHA ROMROY CALDERON identificada con cédula de ciudadanía número 20'996.336 de Tibacuy quién cursó y aprobó el Programa Teórico Práctico, según las normas establecidas por el Ministerio de Salud con RESOLUCION Nº 8822 de Junio 27 de 1984

En constancia de lo anterior se firma la presente acta de Certificación en la ciudad de Fusagasugá a los 5 DIC 1985

Firmado por :

CELIA DEL CARMEN CHARARRO CH
c.c. 20'044.320 de Bogotá.
Directora.

MARTHA LIDIA DARA CASTIBLANCO
c.c. 20'941.972 de Soacha.
Secretaria Docente.

4° SIMPOSIO

ENCUENTROS NATIONAL CLINICS 2017

National Clinics certifica que:

MARTHA MONRROY CALDERON

Identificado con
20996336

Asistió y participó satisfactoriamente del
4° Simposio sobre Actualización en Enfermería
el 20 de octubre de 2017 en Bogotá, con una intensidad horaria de 5 horas.

Dr. Miguel Ángel Murcia
Director General Hospital Universitario Clínica San Rafael

Enf. Carmenza González
Gestor de Enfermería Hospital Universitario Clínica San Rafael

Marc Gerard
Director Inteligencia de Negocio - National Clinics

NATIONAL CLINICS

VIGILADO Supersalud

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARTHA MONROY CALDERON

Con Cedula de Ciudadania No. 20.996.336

Cursó y aprobó la acción de Formación

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diez (10) días del mes de septiembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

30211222 - 10/09/2015
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 940300102718 2CC20996336C.

Bogotá, D.C

Señores

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD. DE CUNDINAMARCA

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 20996336

Tarjeta profesional No.: 20996336

Dirección de contacto: Ada 6ta # 42-31

Teléfono: 2615299 3108607795

8

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

LA SUSCRITA JEFE (e) DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

C E R T I F I C A:

Que consultada la base de datos aparece registro con fecha 13 de Mayo de 1.988, a nombre de la Señora **MARTHA MONROY CALDERON,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 20.996.336** de Bogotá, mediante el cual se vinculó laboralmente con contrato a término indefinido para desempeñar todas las funciones correspondientes al cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA NOCTURNA,** con el Hospital San Juan de Dios, institución que se encuentra inoperante desde el mes de Septiembre del 2001.

Igualmente aparece registro de servicio anterior a la mencionada fecha por (196) días, adicionalmente tiene registradas Sanción por (3) días.

Que por la crítica situación de los Centros Hospitalarios y por la no prestación de servicios el Hospital San Juan de Dios, no se han cancelaron salarios desde Noviembre de 1999.

La presente certificación se expide con carácter de información personal a solicitud del interesado a los Veinticinco (25) días del mes de Abril de DOS MIL SEIS (2.006).

Cordialmente,

MARIA TERESA JAIMES CASTILLO
Jefe (e) Departamento de Recursos Humanos
Hospital San Juan de Dios

Carrera 10ª No. 01 - 99 Sur. Primer Piso. Teléfono: 233 39 11.
Santa fe de Bogotá, D.C.
mfoe

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.996.336**

MONROY CALDERON

APELLIDOS

MARTHA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1964**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-DIC-1982 TIBACUY

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00443021-F-0020996336-20130624 **0033**35431A 1 1542399149

10

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

02

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14340842059

(415)7707212489984(8020) 000001434084203 8

20996336 - 6 Impuestos de Bogotá 32

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	20996336	18 02 2002

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Tabquy

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONROY	CALDERON	MARTHA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C.

41. Dirección principal
AV 6 42 31

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
martuchismonro@yahoo.es		2615299	3106607

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0010	2010-05-15	8692					

53. Código: 52

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
22- Obligado a cumplir deberes formales a nombre de t

54. Código:

57. Modo	
58. CPC	

X

1

2016-06

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: FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 17-06-2016 0

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-08-2016
Hora: 1:06:47 PM

CONTRIBUYENTE NIT 20996336-6 MARTHA MONROY CALDERON

Información General

Dirección AV 6 42 31

Teléfonos 2615299 3108607395

Dirección electrónica martuchismonro@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/08/2016

Soporte Inscripción 455207

Fecha Inicio Actividades 01/01/1986

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: -

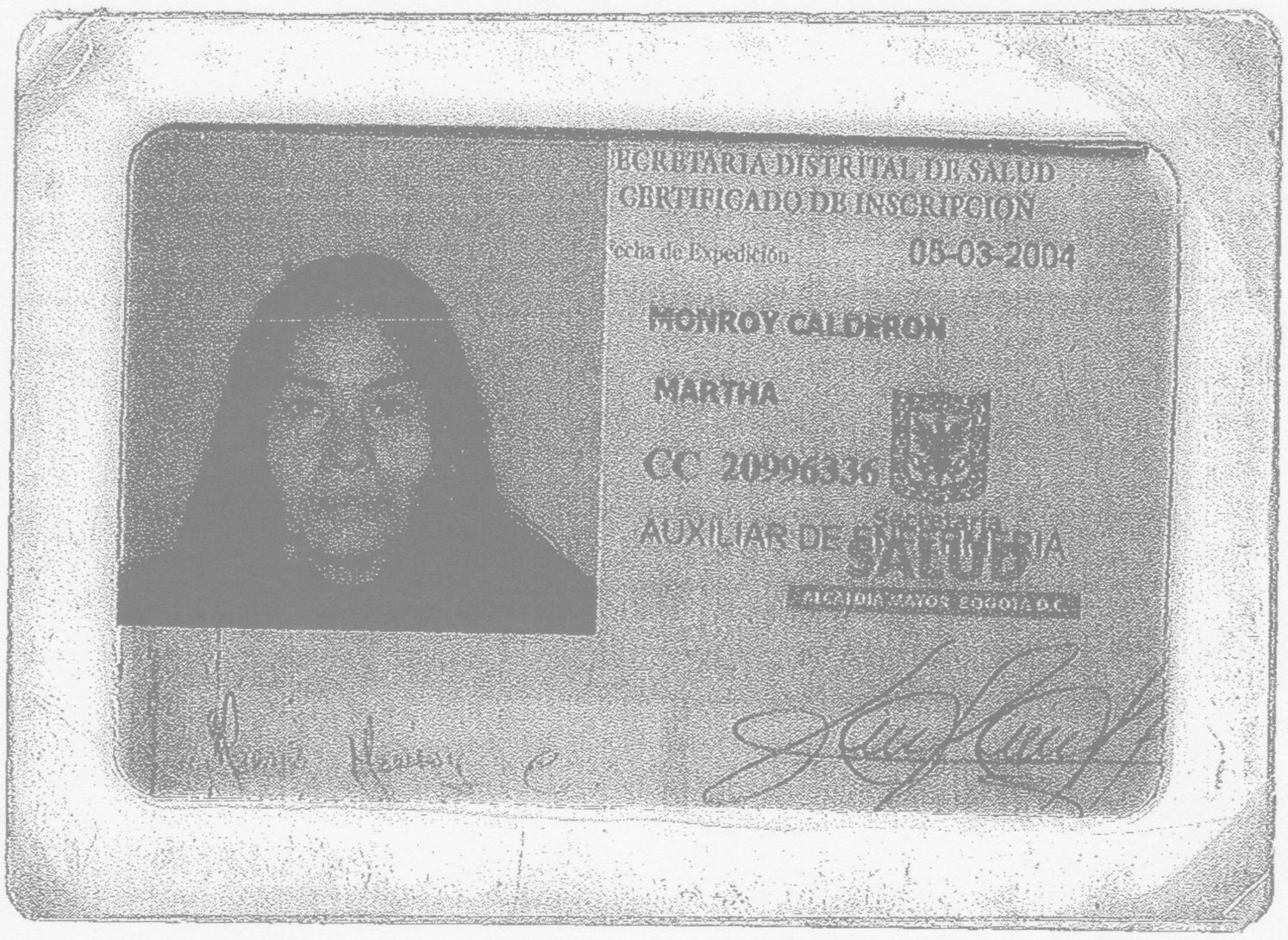
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001057236

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 05-03-2004
MONROY CALDERON
MARTHA
CC 20996336
AUXILIAR DE SALUD
ALCALDIA MAYOR BOGOTA D.C.

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 01707 13 FEB 1986

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que [illegible] con cédula de ciudadanía número 20.050.335 de Tibacuy(Cund) ha solicitado el registro de su Certificado De AUXILIAN DE ENFERMERIA

Que le otorgó la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Servicio Seccional de Salud de Cundinamarca El 25 de Noviembre de 1.985

Que dicho se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de

Al folio del Libro de

Que

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a [illegible] para ejercer la profesión de AUXILIAN DE ENFERMERIA en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

[illegible]
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

[illegible]

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 *

20996336

Primer Nombre *

martha

Primer Apellido *

monroy

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-08→2:53:22 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	20996336	MARTHA		MONROY	CALDERON	**Ver**

Información Detallada [CC: 20996336] MARTHA MONROY CALDERON

2018-12-08→2:53:22 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1986/2/13	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

UNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
1 DOSIS		UFX2500U2	6 OCT 2015	inmunosa
2 DOSIS		1343021-U2	6 NOV 2015	inmunosalu
3 DOSIS		1343021-U2	6 DIC 2015	inmunosalu
4 DOSIS		1434025	8 OCT 201	inmunosalud
1 DOSIS				
2 DOSIS				

Inmunosalud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud

Tania Salud

CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunacion en:

www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

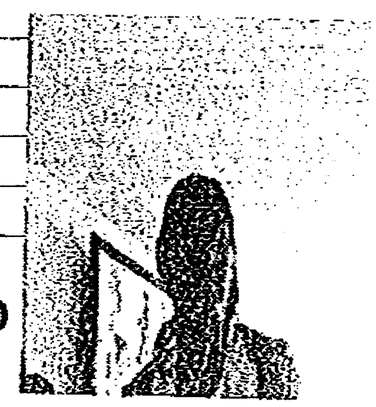
NOMBRES: LYACTHA HOURY

DOCUMENTO: CC 20 1996336

TELÉFONO:

Candidato

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 15/nov./2016 09:21 am



Nombres: MARTHA MONROY CALDERON
Tipo de Documento: CC **Documento** 20996336
Sexo: F **F. Nacimiento:** 01/jul./1964 **Edad:** 52.3 años
Entidad: PACIENTE PARTICULAR **Cargo:** AUXILIAR ENFERMERIA

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION	Si	
3	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
4	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion: NINGUNA
Duración:

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Consulta optometria para formula de trastorno refractivo
X	Otras: PAUSAS ACTIVAS Y DE RELAJACION HIGIENE POSTURAL Y COLUMNA MANEJO ANTIVARICE
	EN EPS

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica **NO**

C.VISUAL		C.AUDITIVO		R.BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR	X
RIESGO QUIMICO		PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS							

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda		Optometria		Agudeza Visual		Visiometria	
Espirometría		Audiometría		Frotis Garganta		KOH		RH		Coprológico		P. de O	
Glucosa		Hemograma		Serología		P. Alcohol		Drogas		Baciloscopia (BK)	
E.K.G.		Manipulación de Alimentos		Vacuna Tétanos		Enfasis Cardiovascular	
Perfil Lipidico		Psicométrico		F. Hepatica		Alturas		Creatinina	

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ REG. SO 1010
Bogotá D.C, 15/nov./2016 09:21 am

Julie Pauline Zapata Vasquez Esp. Gerencia Salud Ocupacional S.O.1010/15

R.M. 1010
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No 20996336

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification
CO15.00035

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MARTHA MONRROY CALDERÓN

C.C.: 20996336

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especilizado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Martha Monroy Calderon

Identificado(a) con N° de Documento.

CC: 20.996.336

Asistio al curso correspondiente a:

SOPORTE VITAL BASICO

Con una duración de 40 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

GERSCOL
Alejandro Forero
Coordinador General
GERSCOL
C.C. 1.033.754.560

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 10 dias de mes de Diciembre de 2018.

Vigencia hasta el dia 10 del mes de Diciembre de 2020

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
COMPROMISO LEALTAD EFICIENCIA

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

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

FECHA:	2018/12/03	**CIUDAD:**	**BOGOTÁ**	**DEPARTAMENTO:**	**CUNDINAMARCA**

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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
Monroy	**Calderon**	**Martha**	

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION** (Ciudad/Municipio)	**FECHA EXPEDICION** (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	20996336	Tibacuy (cund.)	1982-12-14
PASAPORTE	OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? X	NO

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO** (Ciudad/Municipio)	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
[illegible]	BOGOTA	**COLOMBIA**	**COLOMBIANA**

ESTADO CIVIL				**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A)	CASADO(A) X	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	2	2	3108607395
VIUDO(A)						

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA						**PROFESION / OFICIO**
MAGISTER POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO X		**Auxiliar de Enfermeria**
TECNOLOGO	OTRO					

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
AC 6 # 42-31	**BOGOTÁ**	**CUNDINAMARCA**	**COLOMBIA**	**2615299**

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
martuchismonroyahoo.es		PROPIA X	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. X	C.E.	R.C.	NUIP	19485568	Bogota	[illegible]	
PASAPORTE	OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	**NACIONALIDAD**	COLOMBIANA

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ]	ESTUDIANTE [ ]	HOGAR [ ]	PENSIONADO [ ]		CUAL:
SOCIO [ ]	CONTRATISTA [X]	COMERCIANTE [ ]	EMPLEADO PUBLICO [ ]		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ]	EMPLEADO SOCIO [ ]		OTRA. . . . . [ ]		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	SI [ ] NO [X]	**IVA**	SI [ ]	NO [X]	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA 8692
			ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [ ]	**AGENTE RETENEDOR**	SI [ ] NO [X]	**AGENTE AUTORETENEDOR**	SI [ ] NO [X]

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI [X] NO [ ]	SI NO [X]	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	COMERCIAL [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]	**# NIT** 900959051-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ENTOS [ ] EDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
Diagonal 34 Nº 5 - 43	3 - 444484	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	**FECHA VINCULACION**	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		**EGRESOS MENSUALES**		**ACTIVOS**		**PASIVOS**	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1.600.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 1.600.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	**DESCRIPCION OTROS EGRESOS**	**DESCRIPCION OTROS ACTIVOS**	**DESCRIPCION OTROS PASIVOS**
	GASTOS FAMILIARES		

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**
Castañeda	Feria	Ronal	Alexander
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra. 72 # 42f-83	BOGOTÁ / CUNDINAMARCA	amigo	3013480182

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	8400754191	RESTREPO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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 [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Qúe la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA MONROY CALDERON identificado(a) con CC 20996336 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS ALQUERIA**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARTHA MONROY CALDERON** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **20996336,** se encuentra afiliado (a) desde **15/05/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

20996336	Positiva
Numero de Documento	ARL

MARTHA		MONROY	CALDERON
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

01-07-7964	BOGOTÁ	AC 6 #42-31	2615299
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	COLPENSIONES	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

martuchismonro@yahoo.es	3108607395
Correo Electrónico	Celular

Martha Monroy C	Liliana P. Clavijo Q. TC No. 52.431.204 Btá Enfermera P.U. TECNICO
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52-4312074

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que MARTHA MONROY CALDERON, con Cédula de Ciudadanía No. 20.996.336, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 22/08/2018 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 04 días del mes de Diciembre de 2018.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118633738

WEB
16:12:25

Bogotá DC, 30 de noviembre 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 MONROY CALDERON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20996336:

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 30 de noviembre de 2018, a las 16:06:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	20996336
Código de Verificación	20996336181130160605

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. 2571827

Bogotá D.C., 30 de Noviembre de 2018 - 16:26 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARTHA MONROY CALDERON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS** de TIBACUY

20996336

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 Jazmin Cabrales Romero.

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_ZVEKJ_2616
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 22:50:02 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **20996336**
Apellidos y Nombres: **MONROY CALDERON MARTHA**

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.

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.

27

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/12/06
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARTHA MONROY CALDERON
con Cédula de Ciudadanía número 20996336
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	008400754191
Fecha Apertura	2016/09/07

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA