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 – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	CONTRATACIÓN	FECHA	14/12/18	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	MARTHA A. BOCANEGRA M.	DOCUMENTO:	65.744.709		
TELEFONO	3103351172	ACTIVIDAD SOLICITADA:	TERAPEUTA RESPIRATORIA		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

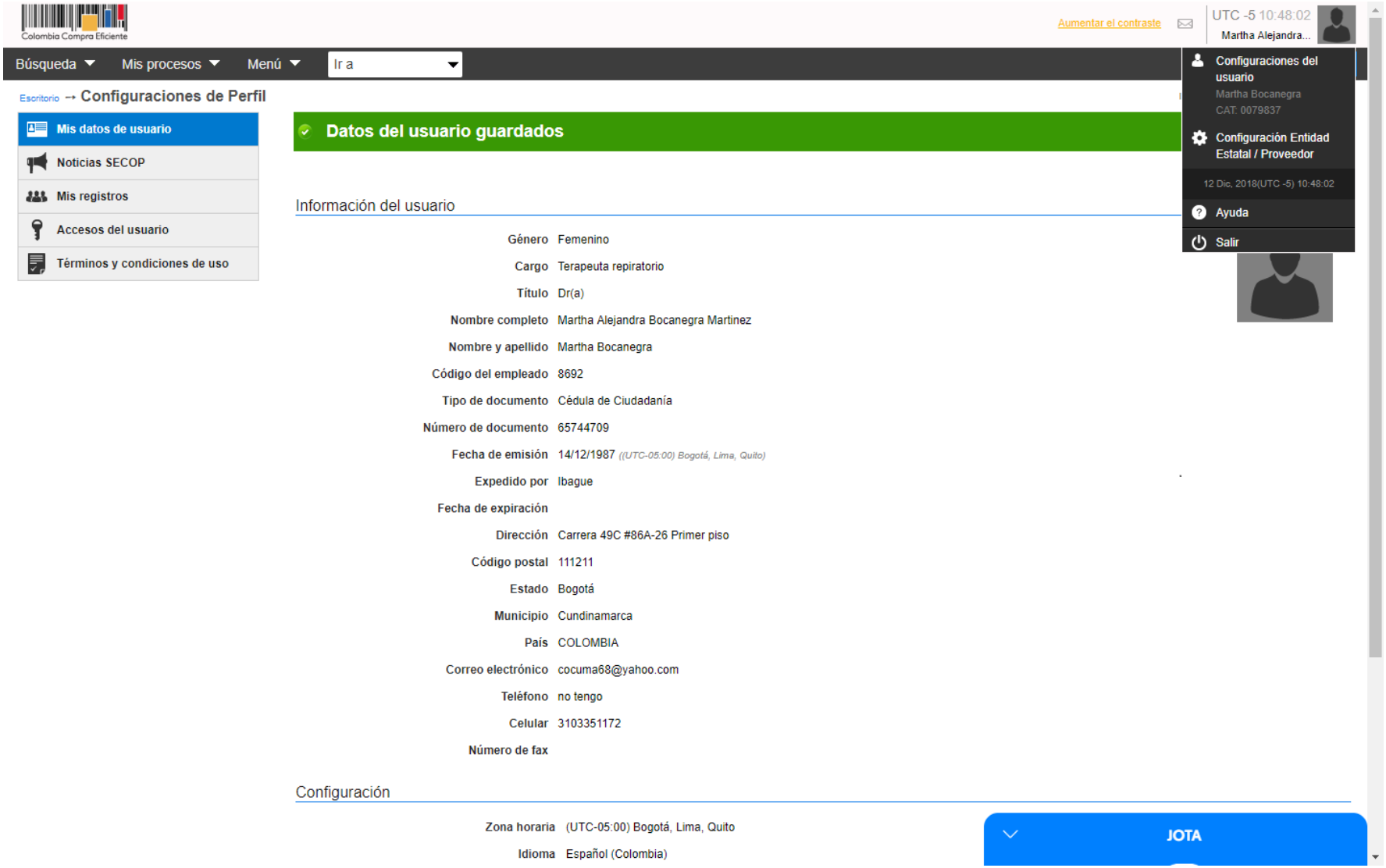
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNETICO CON FORMATO JPG	SI ☐	
2	SOPORTE INSCRIPCION SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☐	
3	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☐	
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☐	
5	DIPLOMAS ACADEMICOS	SI ☐	N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADEMICO	SI ☐	N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐	NO ☐
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCION DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☐
9	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnologos, Profesionales)	SI ☐	N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☐	N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☐	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CODIGO CIIU 8692	SI ☐	
13	REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT	SI ☐	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐
16	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☐
17	CERTIFICACION DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☐	N/A ☐
18	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐
19	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACION (reactiva)	SI ☐	N/A ☐
20	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐	
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☐	N/A ☐
22	CARNE DE RADIOPROTECCION (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐
23	CERTIFICADO DE FORMACION EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO (Enfermera, Auxiliar de Enfermera, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐
27	LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores)	SI ☐	N/A ☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☐	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: COMPENSAR	SI ☐	
31	CERTIFICADO DE AFILIACION A FONDO DE PENSION - NOMBRE: COLFONDOS	SI ☐	
32	FORMULARIO DE AFILIACION A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: SEGUROS BOLIVAR	SI ☐	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐	
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐	
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐	
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐	
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☐	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:48:02
Martha Alejandra...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Martha Bocanegra
CAT: 0079837
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
12 Dic, 2018(UTC -5) 10:48:02
Ayuda
Salir
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Información del usuario
Género Femenino
Cargo Terapeuta repiratorio
Título Dr(a)
Nombre completo Martha Alejandra Bocanegra Martinez
Nombre y apellido Martha Bocanegra
Código del empleado 8692
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 65744709
Fecha de emisión 14/12/1987 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Expedido por Ibague
Fecha de expiración
Dirección Carrera 49C #86A-26 Primer piso
Código postal 111211
Estado Bogotá
Municipio Cundinamarca
País COLOMBIA
Correo electrónico cocuma68@yahoo.com
Teléfono no tengo
Celular 3103351172
Número de fax
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
JOTA

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

Ultima Actualizacion: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BOCANEGRA	MARTINEZ	MARTHA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 65744709	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES SEP AÑO 1968

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Purificación

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 49C 86A26 PRIMER PISO

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO no tengo

EMAIL maalmabo18@gmail.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° X	MES DICIEMBRE AÑO 1988

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*
UN	8	X		TERAPEUTA RESPIRATORIO	7	1999	65744709

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

Ultima Actualizacion: 14-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: HOSPITAL MILITAR CENTRAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@hospitalmilitar.gov.co	
TELÉFONOS: 3486868 ext.3091	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 11 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA*: TERAPIA RESPIRATORIA	*DIRECCIÓN*: TRANVERSAL 3 No.49-02	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA MARLY	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerenciabogota@ocupar.com.co	
TELÉFONOS: 3436600 EXT.1247	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA*: TERAPIA RESPIRATORIA	*DIRECCIÓN*: CALLE 50 No.9-67	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE LA POLICIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hocen.siau@policia.gov.co	
TELÉFONOS: 2206000-2201638	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA*: APOYO Y DIAGNOSTICO	*DIRECCIÓN*: CARRERA 59 No.26-21 CAN	

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

Ultima Actualización: 14-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 HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	*MUNICIPIO* Bogotá D.C		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionalusuario@hospitalmeissen.gov.co
TELÉFONOS 7693131	*FECHA DE INGRESO* DIA 3 MES 8 AÑO 1998		*FECHA DE RETIRO* DIA 3 MES 1 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	*DEPENDENCIA* APOYO Y DIAGNOSTICO		*DIRECCIÓN* CALLE 60 SUR No 18 BIS 09

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	20	3
PRIVADO	1	8
PARTICULAR	4	5
TOTAL	20	4

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento BOGOTÁ, 14 DICIEMBRE DEL 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ultima Actualizacion: 14-dic-2018

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

Ultima Actualizacion 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 65744709 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 49C 86A26 PRIMER PISO **Teléfonos** 3103351172 no tengo

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARTHA IRENE MARTINEZ DE BOCANEGRA	38.226.338	MADRE
MANUEL ALBERTO BOCANEGRA MARTINEZ	93.380.696	HERMANO(A)
LILIANA JIMENA BOCANEGRA MARTINEZ	52.144.035	HERMANO(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	$ 31.303.600,00
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	$ 31.303.600,00

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	004870272343	TUNAL	$ 12.248,00

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

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

Ultima Actualizacion 14-dic-2018

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

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

Martha Alejandra Bocanegra Martinez

C.C. 65.744.709 de Ibagué (Tolima)

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

Terapeuta Respiratorio

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

Santa Fe de Bogotá D.C., Julio 29 de 1999

Rector

Secretario General

Director del Programa

Anotado al Folio: 77
Libro de Registro No 4
Fecha Julio 29 de 1999

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Franciscano Jiménez de Cisneros

Ibagué - Tolima

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 1590 del 5 de Mayo de 1961

Confiere a

Martha Alejandra Bocanegra Martinez

Identificado(a) con c.c. No. 65 744 709 Expedida en Ibagué

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Ibagué, 1 de diciembre de 19 77

Anotado al folio 1-B-1 Libro de Registro No. 8

Secretario de Educación

Dado en Ibagué, a 1 de Enero de 19 78

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO No. 070 En Santafé de Bogotá D.C. a los veintinueve (29) días del mes de julio de mil novecientos noventa y nueve (1999) siendo las cuatro (4) de la tarde convocados por Resolución No. 066 se reunieron en el AUDITORIO DE LAS HERMANAS BETHLEMITAS, el Rector, doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO, el decano de la Facultad de TERAPIA RESPIRATORIA doctor: JOSÉ CARDONA ARIAS, el Secretario General de la Fundación , doctora MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, para presidir la ceremonia de grado de TERAPEUTA RESPIRATORIO a : **MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTÍNEZ** con cédula de ciudadanía No. **65.744.709 Ibagué (Tolima)** quien cursó y aprobó todas las materias comprendidas en el pensum y presentó PRACTICAS HOSPITALARIAS, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos por el Programa de TERAPIA RESPIRATORIA, y habiéndose hecho merecedor a recibir el título mencionado el cual otorga la fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según Acuerdo de Consejo Superior No. 053 de mayo 12 de 1993. Una vez leídos los documentos correspondientes, el Señor Rector tomó el juramento de rigor al (los) graduando (s), quien (es) prometió (prometieron) cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de **TERAPEUTA RESPIRATORIO**, con la más exigentes pulcritud y moral profesionales. Previa entrega de los diplomas, el doctor PABLO OLIVEROS MARMOLEJO presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en esta intervinieron.

(Fdo) PABLO OLIVEROS MARMOLEJO , (Rector)

(Fdo) JOSÉ CARDONA ARIAS , Decano Facultad de Terapia Respiratoria

(Fdo) MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretario General.

Es fiel copia tomado de su original, a los veintinueve (29) días del mes de julio de mil novecientos noventa y nueve (1999)

Jetzabel Herrán Duarte

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretario General

Colegio Franciscano Jiménez de Cisneros

Ibagué, Tolima

Inscripción S.E.: 331045
Inscripción DANE: 373001000170

Acta Individual de Graduación

Acta de Grado No. 011 Folios No. 42

En la ciudad de Ibagué, a los 3 días del mes de Diciembre del año 1988 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del

Colegio Franciscano Jiménez de Cisneros

Aprobado con Reconocimiento de estudios por la Secretaria de Educación Municipal, según Resolución No. 0758 del 28 de agosto de 2007.
para otorgar el Título de:
BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de

Bachiller Académico

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
C.C.No. 65.744.709 de Ibagué

Es fiel copia tomada del Acta General No. 011 de fecha 3 del mes de Diciembre del año 1988 que consta de (55) alumnos, que comienza con el nombre de Anezquita Villanueva Sandra Patricia y se cierra con el nombre de Viana Landazabal Fernando Adolfo.

Firmada y sellada por Miguel angel Builes Uribe (Rector)
y Martha Sofia Romero BUeno (Secretaria).

En Ibagué, a los 03 días de Diciembre de 1988

Firmada y Sellada

Pr. HERNANDO CONTRERAS NARVAEZ C.F.M
C.C. No. 79.507.280 de Bogotá
Rector

MARTHA SOFIA ROMERO BUENO
C.C. No. 38.245.246 de Ibagué
Secretaria

Bogotá, Noviembre 19 de 2018

A QUIEN INTERESE:

Certifico que la señora Martha Alejandra Bocanegra Martínez, identificada con cc. 65.744.709, tiene entrenamiento como Terapeuta Respiratoria en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, apoyando la gestión institucional y participando en capacitaciones al interior de la institución, con una intensidad horaria 40 horas.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los diez y nueve (19) días del mes de Noviembre de 2018.

Cordialmente

Martha L P

Martha Lucia Pinzón Aldana
C.C. 20.423.052
TERAPEUTA RESPIRATORIA

SMSM. Martha Lucia Pinzón Aldana
Coordinadora Terapia Respiratoria
Hospital Militar Central

IV Simposio Internacional del Cuidado Intensivo Pediátrico

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

La Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología

Certifica que

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTÍNEZ

Se vinculó en calidad de

PARTICIPANTE

Al **IV Simposio Internacional de Cuidado Intensivo Pediátrico** que se realizó en la ciudad de Bogotá los días 01 y 02 de noviembre en la Fundación Cardioinfantil, cumpliendo con una intensidad de **16 (dieciséis) horas.**

Dr. Jaime Céspedes
Director Hospital Pediátrico
Fundación Cardioinfantil - IC

Dr. Jaime Fernández Sarmiento
Director del Simposio
Fundación Cardioinfantil

ASOCIACION COLOMBIANA DE
NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA M.

Asistió al:

Taller teórico-práctico de **REANIMACION NEONATAL,** de acuerdo con el programa de la American Academy of Pediatrics y la American Heart Association, realizado en la ciudad de Bucaramanga el día 07 de Febrero de 2015.

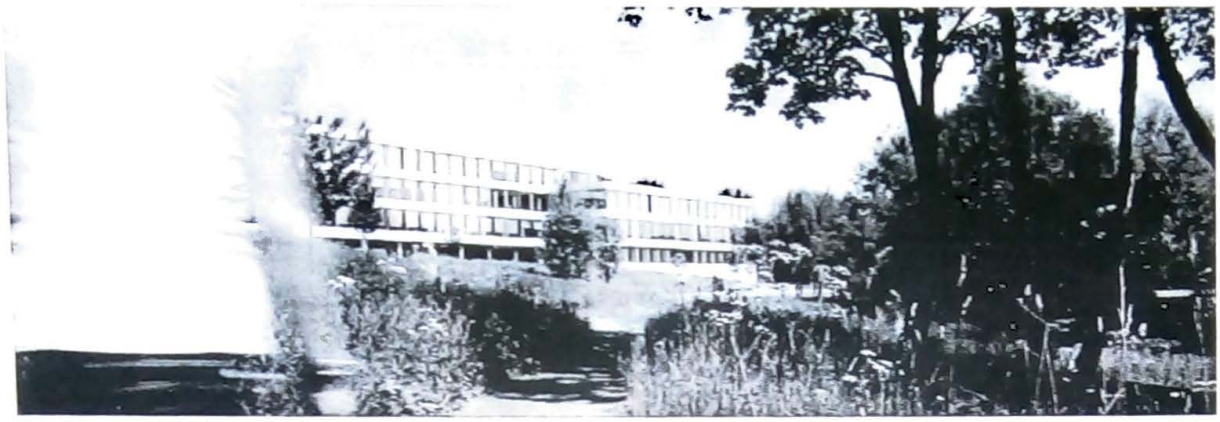
Fecha recomendada renovación: Febrero/2017

CLARA E. GALVIS DIAZ
PRESIDENTE

LESLIE MARTINEZ
INSTRUCTOR

Dräger

Certificado de Capacitación



Certificado Dräger a:

ALEJANDRA BOCANEGRA
C.C. 65744709

Participó en la Jornada de Actualización en Soporte Ventilatorio y Cuidado Respiratorio

Los siguientes contenidos fueron presentados:

- Asincronía Paciente – Ventilador: Análisis desde las curvas y bucles
- Neumonía asociada a la ventilación mecánica: Guías basadas en la evidencia
- Capnografía Volumétrica: Utilidad en el monitoreo del paciente en estado crítico
- Ventilación mecánica no invasiva: Indicaciones a partir de la evidencia científica

La capacitación tuvo lugar el 8 de Mayo de 2015, en el Hospital Militar Central (Bogota).

Judy Liza Suárez S. Mayo 8 de 2015
Nombre del entrenador, fecha, firma del entrenador

Bogotá D.C 14 DICIEMBRE DEL 2018

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA.

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

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

TERAPEUTA RESPIRATORIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Martha Alejandra Bocanegra

No. de documento: 65.744.709

Tarjeta profesional No: 65.744.709

Dirección de contacto: CRA 49C 86A26, PRIMER PISO. BARRIO PATRIA

Teléfono: 3103351172

MINDEFENSA

LA SUSCRITA PROFESIONAL DE DEFENSA DE LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

HACE CONSTAR:

Que la señora **BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA**, identificada con cédula de ciudadanía N°65.744.709 de Ibagué (Tolima), presta sus servicios como Terapeuta Respiratorio en este Hospital, bajo la modalidad de **Contrato de Prestación de Servicios**, en las fechas que a continuación relaciono:

Del 22 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
Del 20 de enero al 30 de noviembre de 2014
Del 01 de diciembre de 2014 al 31 de octubre de 2015
Del 01 de noviembre de 2015 al 31 de octubre de 2016
Del 01 de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017
Del 01 de noviembre de 2017 al 30 de noviembre de 2018

Que la señora **BOCANEGRA MARTINEZ**, recibe por este concepto la suma mensual de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.460.000) M/Cte.**

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, a los ocho (08) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018).

Doctora **María Andrea Grillo Roa**
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Talento Humano

Elaboró: **Isabel Montoya Díaz**
Auxiliar de Gestión
Unidad de Talento Humano

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CLINICA DE MARLY

CERTIFICACION DE EXPERIENCIA LABORAL

El director del Departamento de Pediatría y Neonatología certifica que la Terapeuta Respiratoria. **MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ** identificada con la C.C. 65.744.709 de Ibagué labora en la Institución desde Julio 01 de 2011 en la Unidad de Recién Nacidos.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada el día 29 de Julio de 2011.

Cordialmente,

Dr. GABRIEL LONNGI ROJAS
Director Departamento de Pediatría y Neonatología

CLINICA DE MARLY
CALLE 50 No 9-67
PBX 3436600 EXT 1247-1241
BOGOTA COLOMBIA

Ocupar

La persona correcta en el momento preciso

www.ocupar.com.co

OCUPAR TEMPORALES S.A.
NIT. 800.106.404 – 0

CERTIFICA QUE

El (la) señor(a) BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 65.744.709 ha sostenido de forma alterna, varios contratos de trabajo, por obra o labor contratada, como trabajador en misión para el servicio de TERAPEUTA RESPIRATORIA contratados con nuestra Empresa Usuaria CLINICA DE MARLY, en los años comprendidos entre el 01 de JULIO de 2011 hasta el 31 de JULIO de 2012.

El contrato de Trabajo Vigente por obra o labor contratada, como trabajador en misión para la empresa usuaria CLINICA DE MARLY, es el número 040411483 con fecha de inicio el 01 de MARZO de 2013 con cargo de TERAPEUTA RESPIRATORIA, devengando un salario mensual de $806.365.

Se expide la presente constancia para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 57 numeral 7 del Código Sustantivo de Trabajo.

En constancia de lo anterior se firma en BOGOTA a los 27 días del mes de MARZO de 2013.

Atentamente,

Ocupar S.A.

p/p

JOHANNA PULGARIN
JEFE DE PERSONAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ
NIT. 900336524-5

EL SUSCRITO LIDER DE PROCESO DE CONTRATOS DE LA SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ

HACE CONSTAR:

Que el Señor (a) ***BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA,*** *Identificado(a) con* ***C.C.*** *No.* ***65.744.709,*** *ha celebrado con la* ***POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ,*** *los contratos de prestación de servicios que a continuación se relacionan, los cuales no generan relación laboral ni prestaciones sociales de acuerdo con lo establecido en el Artículo 32 de la ley 80 de 1993.*

CONTRATO	MODALIDAD	ESPECIALIDAD (OBJETO)	VALOR MENSUAL	VALOR CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
81-7-20388 -13	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIO	$1.906.582.00	$11.439.492,00	SEIS (6) MESES	11/06/2013	10/12/2013
81-7-201547 -12	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIO	$1.906.582,00	$13.346.074,00	SIETE (7) MESES	06/11/2012	05/06/2013
81-7-20-1432 DE 2011	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIO	1.848.000,00	20.921.630,33	ONCE (11) MESES	05/12/2011	04/11/2012
81-7-20-314 DE 2011	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIA	1.848.000,00	9.240.000,00	CINCO (5) MESES	28/06/2011	27/11/2011
81-7-20-1173- DE 2010	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIA	$1.848.000,00	$12.936.000,00	SIETE (07) MESES	25/10/2010	24/102011
81-7-20086- DE 2010	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIA	$1.848.000,00	$11.088.000,00	SEIS (6) MESES	25/10/2010	24/102011
07-7-20802- DE 2009	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	TERAPEUTA RESPIRATORIA	$1.848.000,00	$9.240.000,00	CINCO (5) MESES	30/11/2009	26/04/2010

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____

Radicado No:_____

Recibido por: _____

Fecha: Hora:

Nº S-2012-_____/ JEFAT– GADFI

Bogotá D.C **11 de Junio de 2013**

Señora Subteniente
GINA PAOLA CARRASCAL AGUILAR
Jefe de Talento Humano – HOCEN
Bogotà D.C.

Asunto: Presentación Contratista HOCEN

De manera atenta presento el (la) Señor (a) **BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA**, quien suscribió el Contrato de prestación de servicios **PN DISAN - SEBOG Nº 81-7-20388-13 de fecha 06/06/2013**, como **TERAPEUTA RESPIRATORIO** quien prestará sus servicios en el **HOCEN** con el fin de llevar el control necesario por parte de esa Dependencia y ser presentado al servicio correspondiente.

El contratista hará su presentación el día **11/06/2013** fecha en la cual inicia la ejecución de su contrato con fecha de terminación el día **10/12/2013.**

Atentamente,

Contador Pùblico LUZ MILA SÀNCHEZ GÒMEZ
Lider Proceso de Contratos Seccional Sanidad Bogotà

Elaborado por: IE. MARIA RUBIELA NAJAR
Revisado por: LUZ MILA SANCHEZ GOMEZ Contador Publico
Fecha elaboración: **11/06/2013**
Archivo: C:\Documents and Settings\Administrador\Mis documentos\ASESSA BOGOTA CONTRATOS\2 2012\FORMATOS

Junio 11/2013.

HOSPITAL MEISSEN
II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA *DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.* *CERTIFICA QUE:*

Revisados los archivos de la Institución, el (a) señor (a) **MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **65,744,709 expedida en Ibague,** suscribió contrato de arrendamiento de servicios personales de caràcter privado, desarrollando actividades de **TERAPEUTA RESPIRATORIA,** con los siguientes términos de ejecución:

EJECUCION	*VALOR*
Del 10 de agosto al 03 de septiembre de 1998	$ 880.000
Del 04 de septiembre al 15 de octubre de 1998	$ 1.576.667
Del 16 de octubre al 25 de noviembre de 1998	$ 1.466.667
Del 26 de noviembre al 15 de diciembre de 1998	$ 696.667
Del 24 de diciembre de 1998 al 01 de enero de 1999	$ 550.000
Del 04 de enero al 15 de febrero de 1999	$ 2.060.667
Del 16 de febrero al 30 de marzo de 1999	$ 1.828.933
Del 31 de marzo al 14 de mayo de 1999	$ 1.914.000
Del 15 de mayo al 30 de junio de 1999	$ 2.084.133
Del 01 de julio al 31 de agosto de 1999	$ 2.552.000
Del 01 al 30 de septiembre de 1999	$ 1.276.000
Del 01 al 30 de octubre de 1999	$ 1.276.000
Del 01 al 30 de noviembre de 1999	$ 1.276.000
Del 01 de Diciembre de 1999 al 02 de Enero de 2000	$ 1.361.067
Del 03 de Enero al 02 de Febrero de 2000	$ 1.276.000
Del 03 al 29 de Febrero de 2000	$ 1.276.000
Del 01 al 31 de Marzo de 2000	$ 1.276.000
Del 01 de Abril al 01 de Mayo de 2000	$ 1.276.000
Del 01 al 30 de junio de 2000	$ 1.276.000
Del 02 de Mayo al 31 de Julio de 2000	$ 1.276.000
Del 14 de Agosto al 31 de agosto de 2000	$ 1.276.000
Del 01 al 31 de Octubre de 2000	$ 1.276.000
Del 01 octubre al 20 de Noviembre de 2000	$ 2.126.667
Del 21 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2000	$ 1.701.333
Del 02 al 31 de enero del 2001	$ 1.276.000
Del 01 al 28 de Febrero de 2001	$ 1.276.000
Del 01 de marzo al 30 de abril de 2001	$ 2.552.000
Del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2001	$ 2.552.000
Del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2001	$ 2.552.000
Del 01 al 30 de septiembre de 2001	$ 1.276.000
Del 01 al 31 de octubre de 2001	$ 1.276.000
Del 01 de noviembre al 15 de diciembre de 2001	$ 1.276.000
Del 16 de Diciembre de 2001 al 02 de enero de 2002	$ 978.267

HOSPITAL MEISSEN
II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CONTINUACION CERTIFICACION *la señora MARTHA ELEJANDRA BOCANEGRA*
identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 65,744,709 expedida en Ibague.

EJECUCION	***VALOR***
Del 03 al 30 de enero de 2002	$ 1.531.200
Del 01 al 28 de febrero de 2002	$ 639.000
Del 01 al 31 de marzo de 2002	$ 1.276.000
Del 01 al 30 de abril de 2002	$ 1.276.000
Del 01 de mayo al 31 de agosto de 2002	$ 5.104.000
Del 08 de octubre de 2002 al 01 de enero de 2003	$ 2.169.200
Del 06 de febrero al 31 de marzo de 2008	$ 3.116.042
Del 01 de abril al 30 de junio de 2008	$ 4.674.063
Del 01 de julio de 2008 al 01 de enero de 2009	$ 8.569.117
Del 01 de enero al 30 de marzo de 2009	$ 5.659.670
Del 01 de abril al 30 de junio de 2009	$ 5.400.000
Del 01 de julio de 2009 al 03 de enero de 2010	$ 9.000.000

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. al primer (01) día del mes de septiembre de 2011.

MARLENE SIERRA PEREZ
Subdirectora Administrativa
Cod 380

BOG BOGOTA POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.744.709

BOCANEGRA MARTINEZ

APELLIDOS

MARTHA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1968

PURIFICACION
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

14-DIC-1987 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203588-F-0065744709-20091216 0019119219A 1 1390108482

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14436825875

(415)7707212489984(8020) 000001443682587 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 4 4 7 0 9	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	6 5 7 4 4 7 0 9	1 9 8 7 1 2 1 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
BOCANEGRA	MARTINEZ	MARTHA	ALEJANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 86 B 49 A 55 AP 2

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cocuma68@yahoo.com		2 1 8 0 5 7 8	3 1 0 3 3 5 1 1 7 2

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	1 9 9 5 0 1 0 1		Año Mes Día				

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 8 0 5 2 9

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 BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 06/12/2018

CONTRIBUYENTE C.C. 65744709 MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 86B 49A 55 AP 2 Teléfonos: 3103351172

Dirección electrónica: cocuma68@yahoo.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 02/01/1995 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza publica y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

SGS

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D C

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARTHA ALEJANDRA
BOCANEGRA MARTINEZ

C.C. 65744709

TERAPEUTA RESPIRATORIO (A)

Expedicion 14/11/2013

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
UNICAMENTE EN BOGOTÁ D C

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 25 3273 DE 2006
(07 NOV. 2006)

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud"

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por LA RESOLUCIÒN 8211 DE 1989, Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y Decreto No.1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 65.744.709 DE IBAGUE TOLIMA,** ha solicitado inscripción para ejercer la profesión como **TERAPEUTA RESPIRATORIA (O), EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA,** título que le otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.070 DEL 29 DE JULIO DE 1999.**

Que, **MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión como **TERAPEUTA RESPIRATORIA (O),** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No 2115 DE FECHA 12 DE ABRIL DE 2000, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTA.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.-Inscríbase a **MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 65.744.709 DE IBAGUE TOLIMA,** para ejercer la profesión como **TERAPEUTA RESPIRATORIA(O),** en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D. C. a los 07 NOV. 2006

Nuvia Castañeda G.
NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

Vo. Bo. María Isabel Serrano Rangel
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos.

Vo.Bo. Carlos Eduardo Galán Suárez
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Luz Mary M.

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

Numero de Identificación *: 65744709

Primer Nombre *: martha

Primer Apellido *: Bocanegra

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-10-21 -11:09:59 AM

Tipo Identificacion	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	65744709	MARTHA	ALEJANDRA	BOCANEGRA	MARTINEZ	Ver

Información Detallada [CC: 65744709] MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

2018-10-21 -11:09:59 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Terapia respiratoria	2006/11/07	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Proteccion Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesion u ocupación del area de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolucion de autorizacion de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y segun la profesión, tarjeta profesional matricula profesional, etc). Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110011193109

Fecha de generación del carné: lunes, 19 de noviembre de 2018 09:45 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	65744709
Nombres y Apellidos	MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ		
Fecha de nacimiento:	18/09/1968		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	23/03/2013	Bostrix	AC37B64AA	GRUPO EXTRAMURAL - CHAPINERO
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	18/11/2013	Engerix B Adultos	COMPENSAR	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 67
	Segunda dosis	27/12/2013	Engerix B Adultos	COMPENSAR	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 67
	Refuerzo	01/09/2016	Hepavax Gene	1434024	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Influenza	Única	26/07/2018	Vaxigrip	R3B44	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Tercera dosis	19/07/2007	Tetavax		
	Cuarta dosis	27/12/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	COMPENAAR	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 67
	Quinta dosis	29/08/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2227	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				

Controlar
SALUD INTEGRAL S. A. S.

FECHA	MARZO 30 DE 2017
NOMBRE	BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA
IDENTIFICACION	65.744.709
EDAD	48
EMPRESA	HOSPITAL MILITAR CENTRAL

EXAMEN

HEPATITIS B, TITULACION DE ANTICUERPOS

RESULTADO 376,7 mUI/ml UI/L

CRITERIOS DE INTERPRETACION

ENTRE 0 A 9,9 UI/L	SEROCONVERSION / INICIAR ESQUEMA
ENTRE 10 A 100 UI/L	SEROPROTECCION / REFUERZO A LOS 6-12 MESES
ENTRE 101 A 1000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 2 AÑOS
ENTRE 1001 A 10000 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 5 AÑOS
MAYOR A 10001 UI/L	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 10 AÑOS

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
24/4/17

Atentamente
Controlar
Bacteriologa

Sede La Castellana - Carrera 45A No. 94-91 PBX: 742 0428/29/30 - asistentegerencia@controlarsalud.com
asistenteadmon2controlar@gmail.com - gerenciacomercial@controlarsalud.com
Cel Corporativo 310 793 4325 - 320 847 9131 - 320 811 1444 - 311 589 3741 - Bogotá, D.C. - Colombia

Inicio Imprimir

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN:	INGRESO	FECHA CERTIFICADO:	22/10/2018 10:14:19 AM	EMPRESA:	PARTICULAR	CARGO	CONTRATISTA
NOMBRE:	MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ	CEDULA:	65744709	EDAD	50 Años	TELEFONO	3103351172

CONCEPTO APTITUD

CONCEPTO	CONCEPTO
APTO	
ESPECIFIQUE	

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

OPTOMETRIA	X	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		

RECOMENDACIONES

1	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS) EN EL SITIO DE TRABAJO, USO CORRECTO DE SUS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN. DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y DULCES PARA CONTROL DE PESO. EJERCICIO AEROBICO REGULAR EXAMEN OCUPACIONAL PERIÓDICO. USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVAS, CONTINUAR CON LA CORRECCION VISUAL EN USO. ACTUALIZARLA ANUALMENTE CON OPTOMETRA EN SU EPS CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS EN EPS POR ANTECEDENTE DE ELEVACION DE TENSION ARTERIAL CONTROLADA, CONTINUAR TOMA DE MEDICACION DIARIA FORMULADA. CONTINUAR CONTROLES EN EPS POR NUTRICION
2	
3	

REMISION A EPS: NO

Yo, MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ identificado(a) con C.C. No.65744709, de manera libre y voluntaria autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion en Salud y Seguridad en el trabajo.

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO2174 DE 1996 Y RESOLUCION 1918 DE 2009.

Rosa Isabel Mendoza V. MÉDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN DE RIESGOS LABORALES	Martha Alejandra Bocanegra
Médico Especialista	Aspirante o Trabajador
Rosa Isabel Mendoza Velasquez R.M. 1049626983 L.S.O. 0554 de 31 de marzo de 2017	MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ C.C. No. 65744709

FOR-PSI-02

Inicio Imprimir

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

REGISTRO OPTOMÉTRICO



Fecha: 22/10/2018 Barrio: BARRIOS UNIDOS - PATRIA Teléfono: 3103351172

Primer Apellido: BOCANEGRA Segundo Apellido: MARTINEZ Primer Nombre: MARTHA Segundo Nombre: ALEJANDRA Cédula: 65744709

Ocupación: CONTRATISTA Edad: 50

Temporal: SIN TEMPORAL

Empresa: PARTICULAR

Anamnesis: USA ANTEOJOS PERMANENTE, ASINTOMATICA .ULTIMO CONTROL 1 AÑO

AGUDEZA VISUAL LEJANA

	Con Correccion		Sin Correccion	
Ojo derecho	20/	20	20/	0
Ojo Izqierdo	20/	20	20/	0
Ambos Ojos	20/	20		

AGUDEZA VISUAL CERCANA

	Con Correccion		Sin Correccion	
Ojo derecho	20/	20	20/	0
Ojo Izqierdo	20/	20	20/	0
Ambos Ojos	20/	20		

Examen Externo: HIPEREMIA CONJUNTIVAL AMBOS OJOS

Covert Test: l ejos ORTHO 30 cms ORTHO Punto próximo de: Convergencia 12 CM

OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho SIN ALTERACIÓN APARENTE

Ojo Izquierdo SIN ALTERACIÓN APARENTE

Daltonismo: NO

Estereopsis: Normal

QUERATOMETRIA

Ojo Derecho No Aplica

Ojo Izquierdo No Aplica

Gafas: -0.50 ESFERA / -1.00 ESFERA ADD +1.75

En Uso: PERMANENTE - PROGRESIVO

RETINOSCOPIA

Ojo Derecho -0.50 ESFERA

Ojo Izquierdo -1.00 ESFERA

SUBJETIVO

Ojo Derecho: -0.50 ESFERA

Ojo Izquierdo: -1.00 ESFERA

FORMULA FINAL

Ojo Derecho -0.50 ESFERA

Ojo Izquierdo -1.00 ESFERA

Agudeza Visual Lejana: 20/ 20 20/ 20

Agudeza Visual Cercana: 20/ 20 20/ 20

Adición: +1.75 ESFERA

Diagnostico Principal: MIOPIA

Diagnostico Relacionado1:

Diagnostico Relacionado2:

Diagnostico Relacionado3:

Concepto: Normal Seguimiento: Adecuadamente Corregido

Observaciones y Disposición: NO SE CAMBIA CORRECCION EN USO . CONTROL 1 AÑO

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ Identificado(a) con C.C. No. 65744709, de manera libre y voluntaria autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y doy constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas por la legislación colombiana.

Dr(a). Gloria Lopez
LSO: 25-5570 de 2015 **RM**:42054588

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
65744709

PAD-CAPL-01

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

Identificada con cédula de ciudadanía Nº 65.744.709 de Ibagué

ASISTIÓ AL CURSO DE:

SOPORTE VITAL BASICO Y RCCP

Intensidad Horaria de 20 Horas, dado en Bogotá D.C. a los 9 días del mes de noviembre de 2018

SMSM Julieta Barrera Coronado
Directora
Escuela de Auxiliares de Enfermería

SMSM Constanza Castro Barriga
Coordinadora Académica
Escuela de Auxiliares de Enfermería

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 65.744.709

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los cinco (5) días del mes de junio de dos mil catorce (2014)

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

21401978 - 05/06/2014
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 940300758608CC65744709C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 65.744.709

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE. VITAL AVANZADO

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de agosto de dos mil catorce (2014)

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

21921809 - 06/08/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el numero 940300777657CC65744709C.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional

El Hospital Central

Certifican que:

Terapeuta.Resp. Martha A Bocanegra Martínez

Asistió al **Curso de Soporte Vital Intermedio en Reanimación**
(Módulo de Reanimación Básica, Manejo Vía Aérea Generalidades, Seguridad en la Escena, Cinemática del Trauma, Inmovilización y Transporte)
19 al 26 de Febrero de 2012. Intensidad 40 Horas

Dra. **Claudia Patricia Milanés Álvarez**
Instructora (AHA-PHTLS)

Dr. **Oscar Arbey Medina Leal**
Jefe Departamento de Urgencias HOCEN

Coronel **Adriana Patricia Camero Lascano**
Directora Hospital Central

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATEGICO – 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:	14/01/18	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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
BOCANEGRA	MARTÍNEZ	MARTHA	ALEJANDRA

TIPO DE IDENTIFICACION:				No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	65-744.709	IBAGUE	1987.12.14

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1968.09.18	Purificación - Tolima	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	MADRE	—	3103351172

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒ TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐ OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:	TERAPEUTA RESPIRATORIA	TERAPEUTA RESPIRATORIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 49C 86A26	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
cocuma68@yahoo.com maalmabo18@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 ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☒	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. ☐		

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nomina 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 consignaciones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y 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. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A ISAS CENTRALES DE RIESGO – AUTORIZACIÓN 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorizacion, 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 – 43, telefono 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 prestacion 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. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales seran tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite 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 negociacion 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos y estadísticos, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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 personas 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 externos, 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, y/o 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 Jurídica 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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
ESTRATEGICO – 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

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	
GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [ ]									
EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	TRANSPORTE [ ]	TECNOLOGIA [ ]	ALIMENTOS [ ]	MEDICAMENTOS [ ]				
OTRA [ ]	CUAL	X									

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL			**FECHA VINCULACION**	

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		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		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	$0	TOTAL EGRESOS	$0	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PARDO	MARIN	LUZ	YENNY
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/ O EXTENSION/CELULAR**
CRA 68 H BIS #26-40 SUR	BOGOTÁ	AMIGA	3002643263

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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 [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS EXTRANJERA [ ] 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 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.):

· Terapeuta Respiratoria

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 ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** se destinarán a actividades lícitas.
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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
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**.

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
ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-02

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 Índice Derecho

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

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ identificado(a) con cedula ciudadania 65.744.709 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10566408

CER-AFI

Avenida Calle 25 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

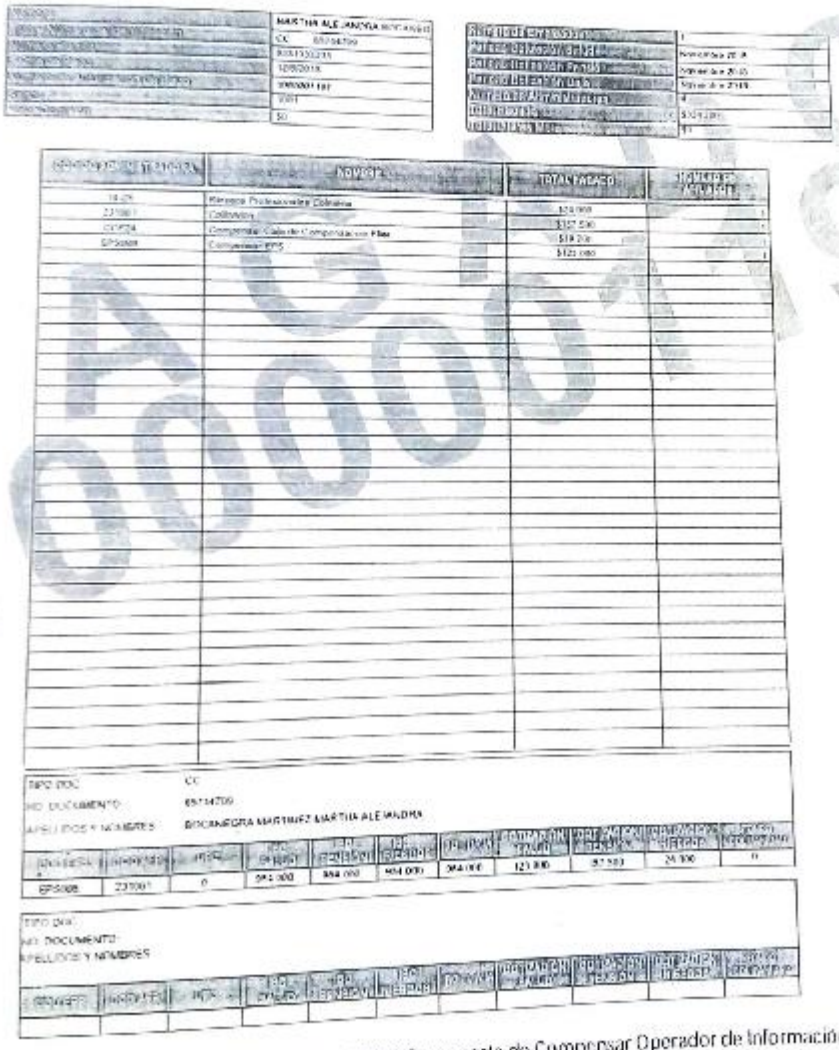
Señor(a): MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ
No. Identificación: CC 65744709
Dirección: CALLE 86 D # 49D-13 1 PISO
Teléfono: 6918463 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.
Número de Planilla 8331333231

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar (mipensilla.com)



Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTÍAS

CERTIFICA QUE:

El (la) señor(a) MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ identificado(a) con C.C No. 65.744.709, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día jueves, 29 de noviembre de 2018.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000, e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

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

Centro Oriente E.S.E

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

CC # 65 744 709	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

MARTHA	ALEJANDRA	BOCANEGRA	MARTINEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

18/09/1968	PURIFICACIÓN - TOLIMA	CRA 49C 86A 26	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Direccion de Residencia	Telefono Fijo

COMPENSAR	COLFONDOS	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

cocnma68@yahoo.com myzalmabo18@gmail.com	3103351172
Correo Electronico	Celular

Martha Alejandra Bocanegra

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C C

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118465394

WEB
18:26:08

Bogotá DC, 27 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilid (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65744709:

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 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 penal disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones 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 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 informació que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

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

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de noviembre de 2018, a las 18:28:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	65744709
Código de Verificación	657447091811271828 27

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. 2589881

Bogotá D.C., 3 de Diciembre de 2018 - 16:13 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 CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS NUEVE**

65744709

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.

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_PSRGA_1516**
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 16:18:11 horas del 05/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65744709**

Apellidos y Nombres: **BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA**

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

iti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 icontec
ISO 14001 icontec
ISO/IEC 27001 icontec

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao
Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2: 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

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

Todos los derechos reservados

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/05

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **65744709** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **004870272343**
Fecha apertura: **2008/03/05**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda
NIT. 860.034.
AH 170-1Rev