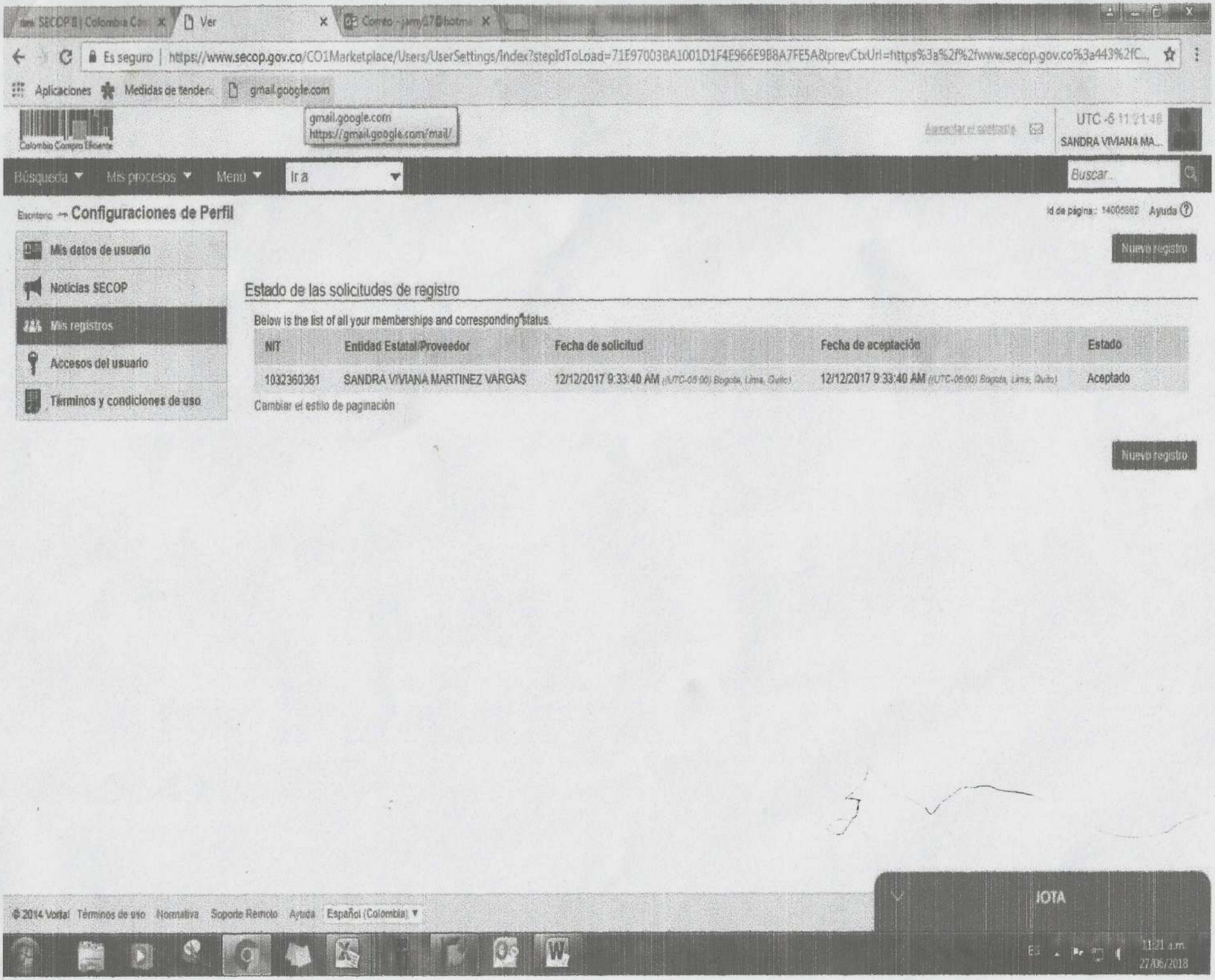

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E97003BA1001D1F4E966E988A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fC...
Aplicaciones
Medidas de tender
gmail.google.com
gmail.google.com
https://gmail.google.com/mail/
Colombia Compra Eficiente
UTC -5 11:21:48
SANDRA VIVIANA MA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Configuraciones de Perfil
Id de página: 14006982
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
Below is the list of all your memberships and corresponding status
NIT
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
1032360361
SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS
12/12/2017 9:33:40 AM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito
12/12/2017 9:33:40 AM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
IOTA
11:21 a.m.
27/06/2018

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: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	VARGAS	SANDRA VIVIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032360361

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES DIC AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Cesar

CIUDAD Bosconia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 5 n bis numero 49 d 44 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7740352

EMAIL vivimarvar@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2004
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		auxiliar de enfermeria	12	2011	

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: 18-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 central de la policia	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2201300 ext 1037	*FECHA DE INGRESO*: DIA 21 MES 12 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: enfermeria	*DIRECCIÓN*: carrera b 68 bis numero 44-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: hospital central de la policia nacional	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2201300 ext 1037	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 2 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 7 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: enfermeria	*DIRECCIÓN*: carrera68b bis numero 44-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: home salud	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6350935	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: auxiliar de enfermeria	*DIRECCIÓN*: calle 89 numero 21-30	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	4
PRIVADO	1	5

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: 18-dic-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	10

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).

Bogotá 18/12/2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Viviana Martinez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032360361 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera 5 n bis numero 49 d 44 sur **Teléfonos** 3142044531 7740352

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
mery sofia vargas poo	39616793	MADRE
juan manuel martinez ospino	12684732	PADRE
juan sebastian ramos martinez	1027527086	HIJO(A)
isabel mariana ramos martinez	1023534065	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 4.573.800,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 4.573.800,00

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
banco popular	AHORROS	23001812388-5	muzu	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

2	estudio y alimentacion	$ 670.000,00

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
julio cesar ramos rodriguez	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	80745568

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
auxiliar de enfermeria	enfermara

3. FIRMA

Viviana Martinez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Distrital
Alfredo Iriarte

Bogotá, D.C.

Aprobada por la Secretaría de Educación Distrital,
según Resolución No. 2497 del 27 de agosto de 2002,

Confiere a:

Sandra Viviana Martínez Vargas

Identificada con C.C. No. 1.032.360.361

El Título de

Bachiller Académico

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

Luis Alberto Mora Beltrán
Rector

William Andrés Ávila Acosta
Secretario Académico

Anotado al Folio No. 35 Libro de Registro No. 2

Dado en Bogotá, D.C., a 1o. de diciembre de 2004

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

C.C. 1.032.360.361 DE BOGOTA D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CIGUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Diciembre de 2011
Anotado en el Folio 11340 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.

Acta Individual de Grado
Institución Educativa Distrital
Alfredo Iriarte
Bogotá, D.C.

DANE: 11100127387
NIT: 830036325-5

En la ciudad de Bogotá, D.C., al día 1o. del mes de diciembre del año 2004, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la

Institución Educativa Distrital Alfredo Iriarte

Institución aprobada en el nivel de Educación Básica y Media
por la Secretaría de Educación Distrital,
para otorgar el Título de
BACHILLER ACADÉMICO
según Resolución No. 2497 del 27 de agosto de 2002.

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

Bachiller Académico

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

Sandra Viviana Martínez Vargas

Identificada con C.C. No. 1.032.360.361

Es fiel copia tomada del Acta General No. 2 de fecha 1o. de diciembre de 2004, que consta de CINCUENTA Y NUEVE (59) alumnos, que comienza con el nombre de
ANGARITA CASTRO MARY JOHANNA
y se cierra con el nombre de
ZAMORA ALVARADO JOSÉ MAURICIO

Firmada y sellada por LUIS ALBERTO MORA BELTRÁN (Rector)
y WILLIAM ANDRÉS ÁVILA ACOSTA (Secretario)

En Bogotá, D.C., al día 1o. del mes de diciembre de 2004.

Firmada y Sellada

LUIS ALBERTO MORA BELTRÁN
C.C. No. 17.160.376 de Bogotá
Rector

WILLIAM ANDRÉS ÁVILA ACOSTA
C.C. No. 79.815.031 de Bogotá
Secretario Académico

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN Nº 026

ACTA INDIVIDUAL Nº 11340

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Diciembre del año 2011,
SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 1.032.360.361 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 11340 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.

FUSDESA
DIRECTOR
ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

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

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

C.C.1032360361

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

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

Intensidad dos (2) horas

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

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Home Salud
Asistencia Médica Integral Domiciliaria

G-GHCR-490-16

LA DIRECCION DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que la señora **SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS** identificada con Cédula de Ciudadanía No 1.032.360.361 de Bogotá, sostiene un contrato civil de prestación de servicios técnicos de carácter independiente como **AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EVENTOS MASIVOS**, desde 30 de julio del 2014

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de enero de 2016.

Atentamente,

Home Salud
NIT: 830.063.394-8
GESTION HUMANA

GESTION HUMANA
HOME SALUD SAS
NIT .830.063.394-8

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de Socorristas Desarrollo y Acción (FOSDESA)
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Sandra Viviana Martinez Vargas 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:

Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Viviana Martinez

No. de documento: 1.032.360.361 Btá

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cra 5N Bis # 49D 44 Sur

Teléfono: 3137197751 - 3142044531

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.360.361**

MARTINEZ VARGAS

APELLIDOS

SANDRA VIVIANA

NOMBRES

Viviana Martinez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1985**

BOSCONIA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

14-ABR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00019981-F-1032360361-20080706 0000800947A 1 1330021396

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14472321308

(415)7707212489984(8020) 000001447232130 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1032360361	5	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1032360361	20040414

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	VARGAS	SANDRA	VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal
CR 5 N BIS 49 D SUR 44

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
vivimarvar@hotmail.com		7740352	3142044531

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
8692	20111219							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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: 2018 06 27

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 MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-06-2018
Hora: 11:02:19 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1032360361-5 SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

Información General

Dirección CR 5N BIS 49D SUR 44

Teléfonos 7740352-3142044531
Dirección electrónica vivimarvar@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/06/2018
Soporte Inscripción 23439024
Fecha Inicio Actividades 19/12/2011
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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: 18002992225

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

SANDRA VIVIANA
MARTINEZ VARGAS

C.C. 1032360361

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 23/03/2012



Identificación Plástica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2552 *de* 12/03/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA Identificado(a) con CC número 1032360361 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 19/12/2011.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA identificado(a) con CC número 1032360361 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 12/03/2012

Original firmado Por
DR. IVAN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

IVAN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.
Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Victor Sánchez.

Bogotá, D.C 23 - Marzo - 2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Sandra Viviana Martinez
CC. # 1.032.360.361 Bta
Firma Viviana Martinez

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 *

1032360361

Primer Nombre *

SANDRA

Primer Apellido *

MARTINEZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-05→4:38:53 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1032360361	SANDRA	VIVIANA	MARTINEZ	VARGAS	**Ver**

Información Detallada [CC: 1032360361] SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

2018-12-05→4:38:53 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/3/12	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).

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Sandra Viviana
Apellidos:	Martinez Vargas
Documento de identidad:	C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1032360361
Fecha de nacimiento:	Día 25 Mes 12 Año 1985

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Sandra Viviana
Apellidos:	Martinez
Documento de identidad:	C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1032360361
Fecha de Nacimiento:	Día 25 Mes 12 Año 1985

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
Su Ángel Protector en Salud

CARNET DE VACUNACIÓN

Nombre	Viviana Martinez
Dirección	Cra 5 N #49 D 44 Sur
Teléfono	7725979
H.C.	
Entidad Vacunadora	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	18 DIC. 2012	024B100BE Varicela	
	2	27/04/2017	D2299 9 IM3	
	3	Cuo 24 Enero 2018		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	12 Mayo 2015	0247190AC	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	18/02/14	J5478 09/15	Blanca Garcia
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

HEPATITIS B HEPAVAX	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	14 AGO 2010	206108E	
	2a	18-04-11	043080	
	3a	23-10-10	041030	
		28 JUL 2017		

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELLA VACCINE GSK	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	13-04-10	3VE811DD	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	**Identificación:**	CC 1032360361
Genero:	Femenino	**Edad:**	32 AÑOS
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**Orden No.**	67591
Fecha de ingreso:	25/07/2017 11:25 a. m.	**Fecha de salida:**	25/07/2017 04:41 p. m.
Empresa:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES	**Destino:**	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Visiometria Examen Medico Enfasis Osteomuscular

Concepto **CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO**

Restricción y/o causa de aplazamiento:

Recomendaciones

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, SE SUGIEREN PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES; DIETA HIPOCALORICA, EJERCICIO AERÓBICO 150 MINUTOS A LA SEMANA, EJERCICIO DE FUERZA 90 MINUTOS A LA SEMANA, NO CONSUMIR ALCOHOL NI TABACO
USO DE MEDIAS DE COMPRESION VENOSA DURANTE EL DIA Y PRACTICA DE EJERCICIOS PARA EL FAVORECIMIENTO DEL RETORNO VENOSO

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención No

Viviana Martinez
1.032.360.361.

Viviana Martinez

Nombre Médico Evaluador
COPETE JIMENEZ DIANA CATALINA
Registro médico: 2771 Lic SO: 9937 de 2016

Paciente
MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
CC 1032360361

Sede principal Calle 43 No. 13 - 65 Tel. 7447555 Opción 4
Sede 45 Calle 45 No. 8 - 88 Tel. 7406570

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número	67591
Fecha de la orden	25/07/2017
Identificación	Cédula de ciudadanía 1032360361
Nombre	**MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA**
Edad	32 Años
Empresa	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Tipo de evento	Ingreso

VISIOMETRIA

Medico: MONTENEGRO VERGARA YUDITZA ISABEL Consultorio: Optometria

Ingreso:25/07/2017 11:29 a. m. Egreso:25/07/2017 11:33 a. m.

Antecedentes

Personales	NO REFIERE				
Oculares	NO REFIERE				
Familiares	NO REFIERE				
Condiciones de riesgo visual	No			Ultimo control visual	1 AÑO
Utiliza EPP visual	No				
Accidente de trabajo ocular	No				
Ardor	No	Secreción	No	Cefalea	No
Dolor	No	Enrojecimiento	No	Mala visión lejos	No
Resequedad	Si	Cansancio	No	Mala visión cerca	No
Prurito	No	Fotofobia	No	Lagrimeo	No
Otros					

Agudeza visual lejana

Sin corrección OD	20/20	Sin corrección OI	20/20	Sin corrección AO	20/20
Con corrección OD		Con corrección OI		Con corrección AO	
Observaciones					

Agudeza visual cercana

Sin corrección OD	0.5 M	Sin corrección OI	0.5 M	Sin corrección AO	0.5 M
Con corrección OD		Con corrección OI		Con corrección AO	
Observaciones					

Percepcion

CROMATICA	Normal		
ESTEREOPSIS	Normal	Grado de Estereopsis	40 SEG / ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD	HIPEREMIA CONJUNTIVAL	Segmento anterior OI	HIPEREMIA CONJUNTIVAL
Motilidad ocular OD	Normal	Motilidad ocular OI	Normal
Oftalmoscopica OD	Normal	Oftalmoscopica OI	Normal
Queratometria OD	NO SE REALIZA	Queratometria OI	NO SE REALIZA
Refracción OD	NEUTRO	Refracción OI	NEUTRO
Subjetivo OD		Subjetivo OI	

Diagnostico

Miopia	No
Hipermetropia	No
Astigmatismo	No
Presbicia	No
Estrabismo	No
Ambliopia	No
Emetropia	Ambos
Ametropia corregida	No
Ametropia no corregida	No
Ametropia parcialmente	No

corregida	
Ametropia inadecuadamente corregida	No

Diagnosticos

Diagnosticos	#	Diagnostico

Recomendaciones

Control anual	Si	Control en 6 meses	No	Actualizar formula	No
Uso de correccion permanente	No	Remision ortoptica	No	Remision oftalmologia	No
Hallazgos	EMETROPE. CONTROL VISUAL ANUAL.				
Recomendaciones generales					



Viviana Martinez
1.032.360.361

MONTENEGRO VERGARA YUDITZA ISABEL
Registro médico: 1131

MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
Cédula de ciudadanía: 1032360361

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Medico: COPETE JIMENEZ DIANA CATALINA Consultorio: Consultorio Médico 1

Ingreso:25/07/2017 11:41 a. m. Egreso:25/07/2017 04:41 p. m.

Marcó En proceso
25/07/2017 11:49 a. m.
PDTE PARACLINICOS

Desmarcó En proceso
25/07/2017 04:41 p. m.

Motivo de consulta y enfermedad actual Exámen médico ocupacional

Información ocupacional

Descripción del cargo / Tareas	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Turno	Desconoce		
Jornada de trabajo	Desconoce	Numero horas	8 H
Tiempo en el cargo	0	Seccion	Desconoce
Materia prima	Desconoce	Maquinaria / Equipo /Herramienta	EQUIPO MEDICO

Factores de riesgo físico

Ruido	Si	Iluminación inadecuada	No	Vibraciones	No	Radiaciones Ionizantes	No	Radiaciones No Ionizantes	No	Presiones anormales	No
Condiciones Termohigrométricas	No	Temperaturas extremas (calor)	No	Temperaturas extrema (Frio)	No	Cambios bruscos de temperatura	No				

Factores de riesgo químico

Solidos	No	Liquidos	No	Humos	No	Gases y vapores	No	Material particulado	No

Factores de riesgo biologico

Virus	Si	Hongos	Si	Bacterias	Si	Parasitos	Si	Picaduras	No	Mordeduras	No
Fluidos o excrementos	Si										

Factores de riesgo Biomecánicos

Esfuerzo	No	Manipulación de cargas	No	Movimientos repetitivos	Si	Posturas inadecuadas	No	Sedestación	No	Bipedestación prolongada	Si

Factores de riesgo psicosocial

Clima laboral	No	Condiciones de la tarea	Si	Organización del trabajo	Si	Organización horaria	Si	Caracteristicas del grupo social de trabajo	No	Interfase persona-tarea	No

Condiciones de seguridad

Mecánico	No	Eléctrico	No	Locativo	Si	Tecnológico	No	Accidentes de transito	No	Públicos	No
Trabajos en alturas	No	Espacios confinados	No								

Información ocupacional egreso

Fecha de retiro
Motivo de retiro

Elementos de protección personal actual

Casco	No	Respirador	No	Overol	No
Protectores auditivos	No	Monogafas	No	Guantes	Si
Tapabocas	Si	Botas de seguridad	No	Desconoce	No
Otros					
Los considera adecuados?	No				
Cuales deberia recibir?					

Antecedentes laborales

Antecedentes #	Empresa	Actividad economica	Cargo	Tiempo	Riesgos	Controles
1	HTALCENTRAL DE LA POLICIA		AUX DE ENFERMERIA	1A	ERG BIOL	SI
2	MOVILMEDICAAU		AUX DE ENFERMERIA	1A 6 M	ERG ACCIDENTES DE TRANSITO BIOL	SI

Accidentes de trabajo en otras empresas

Presentó accidentes de trabajo No

Accidentes #	Fecha	Causa	Tipo de lesion	Parte afectada	Dias incap	Secuelas	Empresa

Accidentes de trabajo en la empresa actual (Aplica para Examen Periódico o Egreso)

Ha sufrido accidentes de trabajo? Opción 1
En el último año?

Accidentes #	Fecha	Causa	Tipo de lesión	Parte afectada	Dias Incap.	Secuelas

Enfermedad profesional

Ha sufrido enfermedad profesional? No

Enfermedades #	Fecha calificación	Empresa	Diagnostico	Indemnizacion	Reubicación	Entidad

Antecedentes familiares

Asma Padre	No	Madre	Si	Hermanos	No	Abuelos	No
Cardiopatias Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Diabetes Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Enf pulmonar Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Enf mentales Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Dislipidemias Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Varices Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Sordera congenita Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
TBC Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Tiroides Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Osteomusculares Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
ECV Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Cancer Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
S. convulsivo Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Ceguera congenita Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Hipertension Padre	Si	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Otros							

Antecedentes personales

Patologicos	No		
Hospitalizaciones	No		
Quirurgicos	No		
Traumaticos	No		
Psiquatricos	No		
Farmacologicos	No		
Toxico-alergicos	No		
Inmunizaciones	No		
Hepatitis B		Dosis	0
Tetanos		Dosis	0
Fiebre amarilla		Dosis	0
Influenza			

Otras vacunas NIEGA ANTECEDENTES

Ginecoobstetricos

No Aplica	No						
Menarquia	14	Ciclos	Regulares		FUM	02/07/2017	Citologia 2017 NORMAL
Paridad G	2		P 2			A 0	
C	2		E 0			V 2	
G	0		M 0			FUP	
Planifica	SI		Metodo	Hormonal			

Habitos

Fuma	No	Fumó	No	Cigarrilos al dia	Total de años
Alcohol	Si	Frecuencia	Ocasional		
Deporte	No	Frecuencia			
Desde hace cuanto?		Duración actividad		Cual?	
Sustancias psicoactivas	No				
Actividad extralaboral					

Revision por sistemas

Organos de los sentidos	Niega
Respiratorio	Niega
Digestivo	Niega
Musculo esqueletico	Niega
Neurologico	Niega
Cardiovascular	Niega
Genitourinario	Niega
Piel y faneras	Niega
Linfatico	Niega
Psiquiatrico	Niega
Endocrino	Niega
Hematopoyetico	Niega
Colageno	Niega
Observaciones	NIEGA EN REVISION POR SISTEMAS

Examen fisico

Ta	110/66	Fc	72	Fr	18		
Peso	70	Estatura	1.65	IMC	25.71166207529844	Perímetro Abdominal (cm)	
Diestro	SI	Zurdo	No	Ambidiestro	No		
Condiciones generales	Buenas						

Hallazgos organos

Cabeza	Normal						
Oidos	Normal						
Ojos	Normal						
Nariz	Normal						
Boca	Normal						
Dentadura	Normal						
Faringe	Normal						
Cuello	Normal						
Torax	Normal						
Senos	No examinado						
Cardiopulmonar	Normal						
Abdomen	Normal						
Genital Ext	No examinado						
Piel y faneras	Normal						
Columna	Normal						
Alineada	Si	Cifosis	No	Escoliosis	No	Hiperlordosis	No
Wells IV	Si	Wells III	No	Wells II	No	Wells I	No
Lasegue Derecho	Negativo			Lasegue Izquierdo	Negativo		
Miembros superiores	Normal						
Tinel Derecho	Negativo			Tinel Izquierdo	Negativo		
Phalen Derecho	Negativo			Phalen Izquierdo	Negativo		
Finkelstein Derecho	Negativo			Finkelstein Izquierdo	Negativo		

Durkan Derecho	Negativo	Durkan Izquierdo	Negativo
Flexoextensión contraresistencia muñeca Derecho	Negativo	Flexoextensión contraresistencia muñeca Izquierda	Negativo
Speed Derecho	No realizado	Speed Izquierdo	No realizado
Neer Derecho	No realizado	Neer Izquierdo	No realizado
Yergason Derecho	No realizado	Yergason Izquierdo	No realizado
Miembros inferiores	VARICES GRADO II EN MMII		
Neurologico	Normal		
Fuerzas musculares Kendall	5/5		
ROT	++/++++	ROT	Simétricos
Sensibilidad	No realizado		
Otros	Normal		
Observaciones			
Resultado Énfasis Osteomuscular	EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL		

Paraclinicos

Audiometría	No realizada
Visiometría	Normal
Optometría	No realizada
Espirometría	No realizada
E.K.G.	No realizada
Laboratorio Clínico	Normal
Pruebas Psicológicas	No realizada
Prueba vestibular	No realizada
Anexo Osteomuscular	No realizada
Anexo Cardiovascular	No realizada
Anexo Dermatológico	No realizada
Anexo Respiratorio	No realizada
Test de olores	No realizada
Otros y resultados	
Observaciones generales	Ninguna observación

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnostico	#	Descripción del diagnostico
	1	I864 VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
	2	R635 AUMENTO ANORMAL DE PESO

Clasificacion de aptitud

Concepto	Con Alteraciones de salud que No interfieren en el cargo
Restricción y/o causa de aplazamiento	
Recomendaciones	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, SE SUGIEREN PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES; DIETA HIPOCALORICA, EJERCICIO AERÓBICO 150 MINUTOS A LA SEMANA, EJERCICIO DE FUERZA 90 MINUTOS A LA SEMANA, NO CONSUMIR ALCOHOL NI TABACO USO DE MEDIAS DE COMPRESION VENOSA DURANTE EL DIA Y PRACTICA DE EJERCICIOS PARA EL FAVORECIMIENTO DEL RETORNO VENOSO

Incluir al SVE Otros	No	Auditivo	No	Respiratorio	No	Osteomuscular	No	Dermatológico	No	Psicosocial	No		
Programa de Promoción y Prevención	No	Visual	No	Cardiovascular	No	Nutricional	No	Materno	No				

Viviana Martinez
1.032.360.361.

COPETE JIMENEZ DIANA CATALINA
Registro médico: 2771 Lic SO: 9937 de 2016

MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
Cédula de ciudadanía: 1032360361

Certificación

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

CERTIFICA A:

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

C.C. 1032360361

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

Mónica Adriana Pérez Bonilla
Director Operativo – 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.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

APREM Capacitaciones SAS

NIT: 900727010-1

CAPACITACIONES EN ATENCION Y PREVENCION DE EMERGENCIAS MEDICAS

Amparada Ley 115 de 1994 Ministerio de Educación - Artículos 42 y 90.

HACE CONSTAR QUE:

MARTINEZ SANDRA VIVIANA

C.C. No. 1.032.360.361 de Bogotá D.C.

Cumplió a satisfacción con los lineamientos

y prácticas del Curso Taller

SOPORTE VITAL BASICO

Con una intensidad de 20 horas

Dado en Madrid (Cund.) a los 17 días del mes de Junio de 2017

Valido por 2 años **Registro** 2017485

EDWIN ALFONSO RIVAS P.

Representante Legal

APREM Capacitaciones S.A.S. NIT. 900.727.010-1

Email: apremcapacitacionessas@hotmail.com / www.apremcapacitaciones.cf Tel: 3144746074

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: 07-DIC-18 | 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 l 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 l 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
Martinez	Vargas	Sandra	Viviana

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1.032.360.361	Bogota	14-04-2004

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25-DIC-1985	Bosconia (Cesar)	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	2	3142044531

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 5N Bis # 49D 44	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3142044531

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
ViViMarVar@hotmail.com				

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramos	Rodriguez	Julio	Cesar.

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	80.745568	Bogotá	18-01-2002

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred integrada de servicios de salud centro oriental.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ # NIT: 900959257

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

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 39 sur # 3-20 Este	372 56 10	Bogotá D.C	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Aux. enfermería	09/08/18

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1524.600	ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1524.600	TOTAL EGRESOS	1.500.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION 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
Chamorro	Vibina	Jennifer	Andrea
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle 14 B # 113 A 56	Bogotá	Amiga	3228338334

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Popular	Cuenta ahorros	230-01812388-5	Muzú	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo 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.):

Aux 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 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 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) dias, 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 INFORMACION 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.

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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquie 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 par 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 serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite d 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/ 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 prevenció 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 de 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) Envio de informació 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 servicio 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 virtu 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 Título 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 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

Viviana Martínez

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:			
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:			

medimás EPS

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS , identificada con Cédula Ciudadanía 1.032.360.361, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS		
Número de identificación:	1032360361	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CRA 5N BIS 49D 44 SUR	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7740352	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1032360361	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	01/07/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS identificado(a) con C.C No. 1.032.360.361, 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 04 de diciembre del 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 7484888 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 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

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

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.032.360.361	positiva
Numero de Documento	ARL

Sandra	Viviana	Martínez	Vargas
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

25-DIC-1985	Bosconia (Cesar)	Cra 5N Bis # 49D44	3142044531
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Medimas	Colfondos	$ 1524600
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Aux Enfermeria.	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Vivimarver@hotmail.com	3142044531
Correo Electrónico	Celular

Viviana Martinez	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52284EF

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118512857

WEB
14:26:55

Bogotá DC, 28 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) SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032360361:

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 martes 04 de diciembre de 2018, a las 15:04:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032360361
Código de Verificación	10323603611812041504 06

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2590022

Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 16:44 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: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN**

1032360361

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_IQ19_4316
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 15:09:16 horas del 04/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032360361**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA**

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

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

banco popular

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s) SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS Identificado con CC 1,032,360,361

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 018 MUZU con las siguientes caracterisiticas:

CUENTA_DE_AHORROS

Número: 230-018-12388-5

Fecha de Apertura: 2008/09/17

Nombre Cuenta SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

Estado ACTIVO

Fecha Suscripción Convenio :

Esta constancia se expide con destino a : HOSPITAL LA VICTORIA

Elaborada en la oficina 013 DEL SUR Ciudad BOGOTA

el día 13/12/2018

Cordialmente;

013 OFICINA DEL SUR ASISTENTE ADMINISTRATIVO

Jackson Alfredo Torres Torres ASISTENTE ADMINISTRATIVO OFICINA DEL SUR - 013
TEL: 7560000 EXT. 42046

F.1.10.4.132003 CREA X 2016