

Astrid Amanda Martinez Benitez

**CC. 1032361988 de Bogotá
Carrera 13ª No 32 c15
Teléfono: 3118131542
Bogotá, D.C.**



◆ PERFIL PROFESIONAL

Auxiliar de enfermería, con experiencia de ocho años como auxiliar administrativa en el área de la salud, y cinco años en salud pública apoyo en jornadas de vacunación soy una persona dinámica, honesta, con gran capacidad de trabajar bajo presión en equipo o individualmente con compromiso para asumir responsabilidades, y confianza en las labores a realizar. Con puntualidad, organización y disponibilidad indefinida.

◆ ESTUDIOS

Colegio liceo Nacional de Educación Básica Antonia Santos
Bachiller Académico
Jornada tarde
Bogotá, 2002

Instituto Educativo Arkos U
Auxiliar de Enfermería
Bogotá, (2002-2005)

◆ REFERENCIAS LABORALES

EMPRESA DE SALUD	ECOOPSOS
CARGO	COORDINADORA DE ASU
JEFE INMEDIATO	Judi Paola Mendoza
Fecha	03-06-2014- 01-11-2017
TELEFONO	7321935

FUNCIONES:

- Auditoria de IPS y farmacias
- Visitas domiciliarias
- Actas reuniones, seguimiento a tareas asignadas al equipo de trabajo.
- Seguimiento y capacitación a oxigeno dependientes
- Seguimiento y capacitación a gestantes
- Seguimiento y capacitación a hipertensos y diabéticos.
- Seguimiento hospitalario.
- Atención al usuario.

EMPRESA DE SALUD

CARGO
JEFE INMEDIATO
Fecha
TELEFONO

ESE MUNICIPAL

Promotora auxiliar de enfermería
Luz Adriana López
4 de mayo de 2009 a 15 de octubre 2009
7321367

FUNCIONES:

- Elaboración de ficha técnica del pic programa salud a su casa
 - Apoyo en las jornadas de vacunación en el municipio.
 - Charlas de promoción y prevención
- Visitas puerta a puerta dando charlas y educación en salud publica a los habitantes del municipio de Soacha y sus corregimientos

EMPRESA DE SALUD**CYC**

- CARGO: auxiliar de enfermería
- JEFE INMEDIATO: Natalia Párraga
- Fecha : 15 de enero del 2018

FUNCIONES

- ◆ Asistencia a pacientes
- ◆ Toma de atención
- ◆ Charlas al paciente
- ◆ Asistencia al profesional en la terapia de fonoaudiología, ocupacional y manejo de niños y adultos especiales o con diferentes condiciones para mejorar su calidad de vida
- ◆ Realización de kardex y pedidos

EMPRESA DE SALUD**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**

CARGO

Promotora auxiliar de enfermería

JEFE INMEDIATO

Jazmín Torres

Fecha

1 de agosto 2018 a 31 de mayo 2019

TELEFONO

FUNCIONES

- ◆ Asistencia a pacientes
 - ◆ Toma de atención
 - ◆ Charlas al paciente
 - ◆ Seguimiento a gestantes
 - ◆ Realización de kardex y pedidos
 - ◆ Apoyo a jornadas de vacunación y registro
-

EMPRESA DE SALUD**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**

JEFE INMEDIATO:

Maoly Velázquez

Fecha:

16 de septiembre 2020 a 30 de diciembre 2020

TELEFONO:

3214873058

FUNCIONES

- ◆ Visitas casa a casa
- ◆ Toma de atención
- ◆ Charlas al paciente sobre covid 19
- ◆ Seguimiento a gestantes telefónicamente
- ◆ Seguimiento telefónico a paciente covid 19 vía telefónica y presencial

EMPRESA DE SALUD**HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**

JEFE INMEDIATO: SONIA MILENA PINZON GARZON

Fecha: 5 de abril 2021 a 31 de Diciembre 2021

TELEFONO: 3108144045

FUNCIONES

- ◆ Visitas casa a casa
- ◆ Toma de atención
- ◆ Charlas al paciente sobre covid 19
- ◆ Seguimiento a gestantes telefónicamente
- ◆ Seguimiento telefónico a paciente covid 19 vía telefónica y presencial
- ◆

◆ REFERENCIAS PERSONALES**MADELEIN ROBAYO**

Coordinadora de epidemiologia

Teléfono: 3158387022

- **LUZ EDITH MORENO ROJAS**
ENFERMERA
Teléfono: 3112146413

♦ **REFERENCIAS FAMILIARES**

PAOLA MARTINEZ

Área desarrollo social
Teléfono: 3173063717

MARTHA LUCIA BENITEZ MOJICA
Asesora Comercial
Teléfono 7123281



ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ
CC 1032361988 BOGOTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.032.361.988

NUMERO

MARTINEZ BENITEZ

APELLIDOS

ASTRID AMANDA

NOMBRES

Astrid Amanda Martinez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-NOV-1985**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

15-MAY-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500113-45129361-F-1032361988-20040916

05600 042600 02 164522503

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 200608356



WEB
20:56:53
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de julio del 2022

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) ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032361988:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

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.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 13 de julio de 2022, a las 20:56:18, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.**

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032361988
Código de Verificación	1032361988220713205618

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:55:47 PM horas del 13/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1032361988

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ BENITEZ ASTRID AMANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/07/2022 09:58:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1032361988** y Nombre: **ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37074829** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Información

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

www.policia.gov.co

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14837969107



(415)7707212489984(8020) 000001483796910 7

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

1 0 3 2 3 6 1 9 8 8

7

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 2 3 6 1 9 8 8

27. Fecha expedición

2 0 0 4, 0 5, 1 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

BENITEZ

33. Primer nombre

ASTRID

34. Otros nombres

AMANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Soacha

7 5 4

41. Dirección principal

CL 33 C 15 72 IN 176 SEC 3

42. Correo electrónico

astridmartinezbenitez@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 8 1 3 1 5 4 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 0 7, 1 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20. Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

2022 - 07 - 14 / 16 : 50: 52

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

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

984. Nombre MARTINEZ BENITEZ ASTRID AMANDA

905. Cargo CONTRIBUYENTE

EMPRESA REGIONAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2022-07-14	Ciudad:	soacha	DEPARTAMENTO:	cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
				SERVIDOR PUBLICO	☐
				OTRO	☐
CUAL: <input type="text"/>					
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MARTINEZ		BENITEZ		ASTRID	AMANDA
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒		1032361988		BOGOTA	2004-05-15
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☒	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985-11-14		BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐				2	2
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐					AUXILIAR DE ENFERMERIA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
CARRERA 13 A02C-15		SOACHA		CUNDINAMARCA	COLOMBIANA
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
astridmartinezbenitez@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	PAIS:
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CONTRERAS		MORENO		RICARDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒		79897033		BOGOTA	1997-04-04
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
		CUAL: <input type="text"/>		NACIONALIDAD:	
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☒		ESTUDIANTE ☐		BOGAR ☐	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☐		PENSIONADO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐	
				OTRA: <input type="text"/>	
INFORMACION TRIBUTARIA EF WFOABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ IVA ☐ NO ☒ ICA ☐		8599 <input type="text"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENIDOR		PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR	
				SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECTORIOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☒ NO ☐		SI ☐ NO ☒			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO <input type="text"/>		SERVICIO <input type="text"/> SALUD ☒	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICO ☐ FINANCIERO ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOL ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐				# NIT 800006850-3	
OTRA <input type="text"/>		CUAL: <input type="text"/>			

		FORMATO SARLAFT		Código Versión Vigencia		TH_FTO_45 0 6/07/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CALLE 13# 9-85		7309230		SOACHA		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 800.000	ALICEROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS	\$ 500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 1.300.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contrayente y debe ser localizable en horario laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
MARTINEZ		BENITEZ		YINETH		PAOLA	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO-PAIS		TIPO RELACION		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION-CELULAR	
BALCONES DE SANJOSE		SIBATE		HERMANA		3173063717	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		SUCURSAL	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		PAIS/CIUDAD	
N/A		N/A		N/A		N/A	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:						CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐							
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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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. Con los recursos que entregue y entregare a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
<input type="text"/>							
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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinan 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 ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 fueran requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nóminas de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendible 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 incluyendo 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante							

 MINISTERIO DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Código	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT
 - Fotocopia Inscripción en el Rst.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones o instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que tratan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estado técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 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 prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 cada 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanta gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, Facscolde, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha 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 comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

IX. FIRMA Y BUELLA

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

Astrio Martinez Benitez.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4008581174

Fecha de Radicación

11/4/07/21/02/2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de afiliación A. Individual ☐ B. Colectiva ☐		A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia ☒ - Beneficiario afiliado adicional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		6. Código (a registrar por la EPS)		59	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres MARTINEZ Primer apellido		BENITEZ Segundo apellido		ASTRID Primer nombre		AMANDA Segundo nombre	
7. Tipo documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 1032361988		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 11/4/11/11/08/5	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6		12. Discapacidad Tipo FENI Condición TFI		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		16. Administradora de Pensiones COLFONDOS		17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000			
18. Residencia CR 13 A N 32 C 15 Dirección		3118131542 Teléfono celular		STRIDMARTINEZ@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTÁ Departamento	
BOGOTÁ Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
25. Tipo documento de identidad			
26. Número de identidad		27. Sexo Femenino Masculino	
28. Fecha de nacimiento			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo F M T P		Condición	
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA TUNJA		Código de la IPS (a registrar por la EPS) VS20JULI - CLORTUNJA	
35. Nombre o razón social ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ		36. Tipo de identificación CC	
37. Número de documento de identificación 1032361988		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Ubicación CR 13 A N 32 C 15 Dirección		8100135 Teléfono		STRIDMARTINEZ@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTÁ Municipio/distrito		BOGOTÁ Departamento	
--	--	------------------	--	--	--	---------------------------	--	---------------------	--

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código: ☐

- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42.Fecha		
☐		Femenino ☐	Masculino ☐		15/07/2022		
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: ☐		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

<p>54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.5em;">Astrid Martinez</p>	<p>55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.5em;">Astrid Martinez</p>
--	---

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐	☐		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
☐		☐		☐		☐	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
☐		☐					

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registradas.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ** identificado(a) con C.C No. 1.032.361.988, 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 13 de julio del 2022.

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

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



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



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTÍNEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BENÍTEZ	NOMBRES ASTRID AMANDA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1032361988	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 14 MES 11 AÑO 1985 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ MUNICIPIO BOGOTÁ	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 13 A 32 C 15 CASA 176 SECTOR 3 SANTA MARIA DEL RINCON PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO EMAIL astridmartinezbenez@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 8º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	11	AÑO	2002	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)				
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)					
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			04	2005	N/A

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL											
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día 08 Mes 09 Año 2021				Día 31 Mes 10 Año 2021				
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 7309230			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día 15 Mes 09 Año 2020				Día 31 Mes 12 Año 2020				
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SUBGERENCIA COMUNITARIA				DIRECCIÓN CALLE 13 N° 9 -85				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD KUJA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO AGUA DE DIOS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día 02 Mes 10 Año 2019				Día 15 Mes 09 Año 2020				
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CALLE 172 29 05				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE BELLO SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día 04 Mes 05 Año 2009				Día 15 Mes 10 Año 2009				
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PIC				DIRECCIÓN CALLE 1 12 38				

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			
			Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN			

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	10

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Sacha 14/07/2022

ASTORIO MARTINEZ BENTEE

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. **1032361988**

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 13 A 32 C 15 CASA 176 SECTOR 3 SANTA MARIA DEL

TELÉFONO: 3118131542 / 9045366

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Juan Camilo González Martínez	1073671335	HIJO(A)
Lizeth Natalya González Martínez	1074526638	HIJO(A)
Ricardo Contreras Moreno	79897033	COMPAÑERO(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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	\$100.000
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$1.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$1.100.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	CUENTA DE AHORROS	0550456800124186	Soacha	1.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad **SI X NO**

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

Ricardo Contreras Moreno

C.C. X C.E. T.I.

79897033

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

ASTRID MARTINEZ BENITEZ

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Suacha 14/07/2022.

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH FTO 13
		VERSION	00
	VIGENCIA	05/07/2022	

Soacha, 14 de 07 de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ, identificado(a) con cedula No. 1032361988 de BOGOTA, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA

_____, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión: _____

Atentamente,

ASTRID MARTINEZ BENITEZ

C.C. 1032361988

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgyc.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha
evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO VERSIÓN	JUR FTO 02 00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 14__de__07de 2022

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo ASTRID MANADA MARTINEZ BENITEZ_____, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1032361988__de B O G O T A_____, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: a) La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

ASTRID MARTINEZ BENITEZ
C.C. No. 1032361988__de__BOGOTA__

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: ASTRID AMANDA MARTINRZ BENITEZ
 N° Documento: 1032361988
 Fecha de Nacimiento: 1 4 / 1 1 / 1 9 8 5
 Dirección: CARRERA 13 A #32 C 15
 Teléfono. Fijo – Celular: 3118131542
 E-mail: astridmartinezbenitez@gmail.com
 EPS: salud total
 AFP: colfondos
 Firma Contratista: Astrid martinez benitez

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____
 Fecha Finalización: _____
 Valor mensual: _____
 Valor Total: _____
 VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____
 Firma responsable Afiliación: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.



INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800006850
Número Afiliación: 215221
Razón social: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S
E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento: C.C.
Número de documento: 1032361988
Nombre: ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ
Fecha Inicio contrato: 25/07/2022
Fecha Fin contrato: 31/10/2022
Fecha Inicio cobertura: 25/07/2022
Número contrato: 09407
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 3
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 22/7/2022 2:51:30 PM

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:
CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA**

Yo, ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ,
identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1032361988____, expedida en BOGOTA, en mi
condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**,
usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto
las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:**
Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la
actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la
recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a
garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del
tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra
forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada
pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus
respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades
contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de
confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de
confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información
confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD
SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de
confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades
contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la
Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los
establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender,
intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con
la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese
causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al
Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico
colombiano en caso de incumplimiento de

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CODIGO	JUR FTO 20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA: Verificación de la confidencialidad y uso de la información.** La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA: Sanciones.** La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA: Vigencia.** El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 14/07/2022_____

ASTRID MARTINEZ BENITEZ.
Firma y huella



3118131542

Celular No.

astridmartinez@gmail.com
Correo institucional

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

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **ASTRID AMANDA**
Apellidos: **MARTINEZ**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1032361988**
Fecha de nacimiento: Día Mes Año

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



**La salud
es de todos**

Minsalud

MiVacuna

Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **ASTRID AMANDA**
Apellidos: **MARTINEZ BENITEZ**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:
No. **1.032.361.988**
Fecha de nacimiento: Día **14** Mes **11** 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.

La salud es de todos



**La salud
es de todos**

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **ASTRID**
Apellidos: **BENITEZ**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **1032361988**
Fecha de nacimiento: Día Mes Año

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

 MINSALUD

 GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: *Arturo Amanda.*

Apellidos: *Martinez Benitez.*

Documento de identidad: C.C. *7* T.I. Pasaporte No. *1032301908*

Fecha de Nacimiento: Día. *14* Mes. *11* Año. *1985*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	<i>12-6-19</i>	<i>03207028E</i>	<i>Amuldt</i>
	2	<i>10-8-20</i>	<i>032900030</i>	<i>Amuldt</i>
	3	<i>15-8-21</i>	<i>031761478C</i>	<i>Amuldt</i>

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - SALUD



Fecha: 15/Jul/2022, Hora: 08:57:03 a.m.

Apellido: MARTINEZ BENITEZ

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Direccion: CARRERA 13A#32-15

Telefono: Celular: 3118131592 Email: Estado Civil: Soltero

Ciudad: Cundinamarca - Soacha

Nombre: ASTRID AMANDA

Nro Identidad: 1032361988

HC: # 41519

Edad: 36 años

Sexo: Femenino

Nacim: 14/Nov/1985

Rh: B+

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Aplazado

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal

Pausas Activas

Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.

*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.

*REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES USO DE LA CORRECCIÓN

PERMANENTE/REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA (3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS /DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS, MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.

* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SINTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

*SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA .

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015



Astrid Amanda Martinez Benitez

ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ
CC 1032361988



Huella
Digital

Cra. 9 No. 12ª - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

comercial@servirips.com



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre la

CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U"

Personería Jurídica No. 6621 del 29 de Septiembre de 1997
Autorización Oficial según Resolución No. 002855 del 14 de SEPT
de 2002 de la Secretaría de Educación de Cundinamarca

Confiere a:

ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ

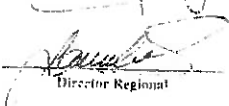
Identificado con CC No. 1.032.361.988 de BTA . D . C.

El Certificado de aptitud ocupacional de **Técnico en Auxiliar de Enfermería**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a la
Educación No Formal en el campo laboral según los planes vigentes del
Decreto 0114 del 15 de enero de 1996, con una intensidad horaria de
1957 horas

Este documento debe ser autenticado (firma del Director General) en la notaría 21 de Bogotá.


HUMBERTO GONZÁLEZ VILLANUEVA
DIRECTOR GENERAL


Director Regional


Lohana Góchez
Secretaría Académica

Acta No. 006

CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U"

PERSONERIA JURIDICA No. 6621 DE SEPTIEMBRE DE 1997

En el municipio de SIBATE, a los 15 días del mes de ABRIL del año 2005;
se reunieron los suscritos Director General, Directora Regional, Coordinadora Académica y Secretaria con el
fin de formalizar la certificación de los estudiantes del último Nivel de la "Corporación Educativa Arkos"
"U", Institución aprobada según acuerdo Favorable No 033704 del 27 de SEP de
2001 del Ministerio de Salud y Resolución No 002855 del 04 de SEPTIEMBRE de
de 2002 la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Certificado de Aptitud
Ocupacional como Técnico Laboral en Educación No Formal.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que asistieron y
culminaron sus estudios correspondientes a los lineamientos trazados por el decreto 0114 y la Ley
General de Educación se procedió a otorgar la certificación del programa de

Auxiliar de Enfermería

al estudiante cuyo nombre, apellido y numero de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombre del estudiante MARTINEZ BENITEZ ASTRID AMANDA

identificado(a) con C.C. No 1.032.361.988 de BOGOTA DC.

Es fiel copia tomada del Acta original No. 006 de fecha 15/04/05 que consta de 30
estudiantes, que comienza con el nombre de AVELLANEDA OLARTE INGRID identificado(a) con C.C.
No. 52.762.786 de BTA D.C. y termina con el nombre de VELASQUEZ PRIETO LADY
identificado con C.C. No. 53.089.238 de BOGOTA DC.

Dada en SIBATE, a los 15 días del mes de ABRIL del año 2005

Este documento debe ser autenticado (firma del Director General) en la notaría 21 de Bogotá.

HUMBERTO GONZALEZ VILLANUEVA
DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR REGIONAL

SECRETARIA ACADEMICA





RESOLUCION No. 25 3116 DE 2005
(27 JUL. 2005)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

EL SECRETARIO DE SALUD

En ejercicio de sus funciones y de la delegación conferida por la Resolución No. 8211 de julio 15 de 1969, Decreto No. 1875 de 1994 y Decreto No. 1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ, identificada (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1.032.361.988 de Bogotá, D.C., solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorga LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U" SIBATE CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA No.006, DE FECHA 15 DE ABRIL DE 2005.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, conferido a ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ, identificada (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1.032.361.988 de Bogotá, D.C., que le otorga LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U" SIBATE CUNDINAMARCA, SEGUN ACTA No.006, DE FECHA 15 DE ABRIL DE 2005.

PARAGRAFO.- Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional.

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

27 JUL. 2005


NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud


Vc. Dra. María Katherine Bernal / Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Páez 91

CUNDINAMARCA
Es tiempo de crecer

Secretaría Administrativa - Calle 26 47-73 Torre de Salud Piso 8 Bogotá, D.C.
Tel 01-476 1854 / 18413 Fax 426 18 82

www.cundinamarca.gov.co





ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *
Cedula de Ciudadanía	1032361988	estrid
Primer Apellido *	Confirme los números de la Imagen *	
martínez	4 6 8	
		
	Cambiar	
	4785	

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2022-07-13--9:02:33 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1032361988	ASTRID	AANDA	MARTINEZ	BENITEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ASTRID AANDA MARTINEZ BENITEZ Identificado(a) con CC 1032361988 registra la siguiente información:

2022-07-13--9:02:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2005-07-27	3116	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

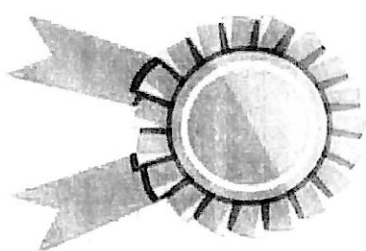
La Información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento 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).



E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA



CERTIFICA QUE:

astrid amanda martinez benitez

Realizó el curso de:

CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO

CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 26, 2022



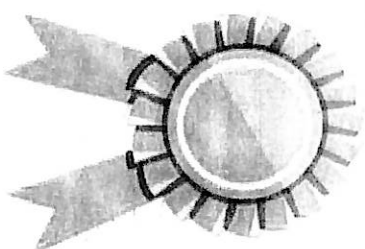
CUNDINAMARCA
REGION
Que Progresa
EN COMUNICACION





E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA



CERTIFICA QUE:

astrid amanda martinez benitez

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 25, 2022



C.E.D.I.F.



CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.361.988 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;

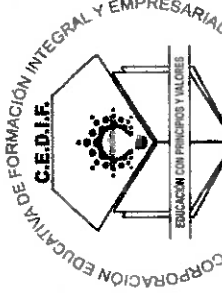
CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

DECRETO 1075 / 2015

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Marzo** de 2021, con una intensidad de 40 horas y una vigencia de un año para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

**JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL**

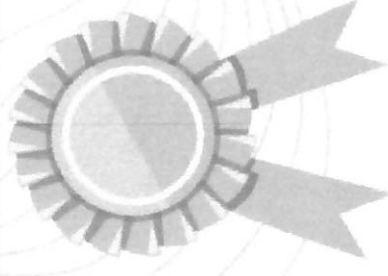


**JORGE ARMANDO PARDO
FORMADOR**



LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha



CERTIFICA QUE:

astrid amanda martinez benitez

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,38

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 15, 2022

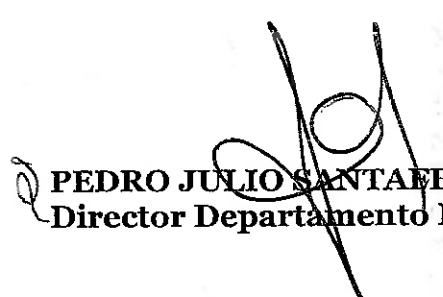


FR-ADP Certificación laboral

CERTIFICACION

El Doctor **PEDRO JULIO SANTAFE PERALTA**, identificado con cédula de Ciudadanía No. 80472030 de Bogotá, actuando en calidad de Director de Departamento Financiero de **ECOOPSOS ESS EPS-S** hace constar que el (la) Señor(a) **MARTINEZ BENITEZ ASTRID AMANDA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1,032,361,988** de Bogotá; laboró en esta Entidad con Contrato Laboral a Término Indefinido desde el 03 de Junio de 2014 hasta el 01 de Noviembre de 2017; desempeñando al momento de su retiro el cargo de **AUXILIAR OPERATIVO II**.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los 01 días del mes de Noviembre de 2017.



PEDRO JULIO SANTAFE PERALTA
Director Departamento Financiero

Elaboró: Dayana Parra
Aprobó: Olga Lucía Martínez Sánchez

O.J. 460221

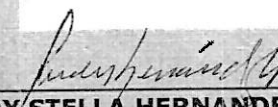
A OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA

Que la Señora : **ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.032.361.988**, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente relación:

No CONT	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
643	16/09/2020	ASTRID AMANDA MARTINEZ BENITEZ	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	6.720.000,00	N/A	6.720.000,00	16-09-2020 HASTA 30-12-2020

Se expide a solicitud del interesado, a los diecisiete (17) días del mes de febrero de 2021.


YUDY STELLA HERNANDEZ ARCINIEGAS
Asesora Jurídica
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Liz Bello Simbaqueva

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha -Cundinamarca-.

CUNDINAMARCA
REGION
Que Progresas!
EN SALUD

