https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=71E97003BA1001D1F4E966E9B8

ompra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 11:01:29
NORMA MARTINEZ AG...

a ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼ Buscar...

→ Configuraciones de Perfil

Id de página:: 14005862 Ayuda

- is datos de usuario
- oticias SECOP
- **is registros**
- ccesos del usuario
- rminos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado	
51816618	NORMA MARTINEZ AGUIRRE	17/11/2017 10:50:05 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	17/11/2017 10:50:05 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	
832001411	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	14/12/2018 11:01:15 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	14/12/2018 11:01:15 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Cancelar

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

tal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) ▼

JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MARTINEZ	AGUIRRE	NORMA CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51816618

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 17 MES AGO AÑO 1965

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CLL 12 C No 71 C 30 INT 9 APT 701

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 8101379

EMAIL: norcons65@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES OCTUBRE AÑO 1990

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	9		X	TERAPIA RESPÍRATORIA	12	1995	51816618

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

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalusuario@subredcentrooriente.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5961020	DIA 18 MES 7 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
terapia respiratoria	pediatria	dg 39 sur n 3 20 este

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LA VICTORIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalusuario@subredcentrooriente.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5961020	DIA 8 MES 11 AÑO 2011	DIA 17 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
terapeuta respiratoria	pediatria	DG 39 N 3 20

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PROFESALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Cáqueza	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 1 MES 7 AÑO 2001	DIA 1 MES 9 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TERAPEUTA RESPIRATORIA	PEDIATRIA	AV 5 No. 5 80

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

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: central de urgencias pediatricas	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 11 AÑO 1998	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 5 AÑO 1999	
CARGO O CONTRATO: terapeuta respiratoria	*DEPENDENCIA*: urgencias pediatria	*DIRECCIÓN*: cartera 42 calle 67 A	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA SAN DIEGO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 1997	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 1 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO: terapeuta respiratoria	*DEPENDENCIA*: urgencias pediatria	*DIRECCIÓN*: AVEN 33 N 14 37	

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	6	4
PRIVADO	11	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	17	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

Bogota 14 de Diciembre 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Norma 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: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NORMA CONSTANZA MARTINEZ AGUIRRE

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 51816618 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CLL 12 C No 71 C 30 INT 9 APT 701 **Teléfonos** 3124562029 8101379

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIELA AGUIRRE	1013610072	MADRE
NATALIA HERNANDEZ MARTINEZ	52933104	HIJO(A)
JAVIER HERNANDEZ MARTINEZ	80816469	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	$ 28.800.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 28.800.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	NA	$ 120.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Norma Martinez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

54541

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional.
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Téniendo en cuenta que:

Norma Martinez Aguirre

con C.C. 51.816.618 y número de Registro SNP VG 1909702150 presentó ante el Servicio Nacional de Pruebas y aprobó los exámenes de Validación del Bachillerato Académico realizados el 9 de Junio de 1990 , de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1964 de 1987 expedido por el Gobierno Nacional, le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Bogotá D.E. a 23 de Octubre de 1990

DIRECTOR ICFES

DIRECTOR SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

ANOTADO AL FOLIO 156-H DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMAS No. 90

Bogotá, 6 de Diciembre 1990

POR LA SECRETARIA DE EDUCACION

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
EL NOTARIO 21 DEL CIRCULO DE BOGOTA
TESTIFICA: Que la presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuvo a la vista
Bogotá, D. C. 29 JUN. 1993
MARIO MEJIA OYA GOMEZ
NOTARIO

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

" U M B "

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
21 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Norma Martínez Aguirre.

C.C. No. 51.816.618 Bogotá D.E.

EL GRADO **Profesional en Terapia Respiratoria.**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA,

A LOS 13 DIAS DEL MES Diciembre DE 1996.

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

DIRECTOR DE CARRERA

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 127 LIBRO No. 1 FOLIO No. 127

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

C.C.No. 51.016.019 Bogotá D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 13 DIAS DEL MES DE 12 DE 19 96

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

Nº 2672

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

C.C. No. 51816618

Ha participado en el Curso de:

CURSO DE REANIMACION NEONATAL

Realizado en La Fundacion INSIMED el dia 1 de Agosto de 2015, con una intensidad de 8 horas Teórico Practicas

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz. M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation

Nº 2141

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE

OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

Por su asistencia a la capacitación de atención integral en salud sexual y reproductiva, interrupción voluntaria del embarazo y aspiración manual endouterina, realizada el 19 de enero de 2015, con una duración de 12 horas.

BOGOTÁ HUMANA

YANITH PIRAGUATA GUTIERREZ
GERENTE (E)

Mega Beta Respiración

Hace constar que

Norma C. Martinez

Participó en la

CONFERENCIA DE

En condición de

Asistente

19-20 de Octubre de 1998

Gerente

Subgerente

Dra. Gloria Restrepo

HUS Hospital Universitario de la Samaritana

Dirección Científica

Subdirección Educación Médica e Investigación

Servicio de Fisioterapia

Certifica que:

NORMA MARTINEZ

Asistió a la:

IX Jornada de Actualización en Fisioterapia

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

Se firma en Bogotá D.C. a los veintiocho (28) días del mes de Octubre de dos mil once (2011)

Dr. GERMAN AUGUSTO GUERRERO GÓMEZ
Gerente

Dr. NELSON ARISTIZABAL ARISTIZABAL
Director Científico

E.T. ROSA ELVIRA PULIDO B.
Coordinadora Servicio de Fisioterapia

HUS Hospital Universitario de la Samaritana

Dirección Científica

Subdirección Educación Médica e Investigación

Servicio de Fisioterapia

Certifica que:

NORMA MARTINEZ

Asistió

VIII Jornada de Actualización en Fisioterapia

Con una intensidad horaria de seis (6) horas

se firma en Bogotá D.C. a los Diecinueve (19) días del mes de Noviembre de dos mil diez (2010)

Dr. PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Gerente E.

Dr. NELSON ARISTIZABAL ARISTIZABAL
Director Científico

FT. ROSA ELVIRA PULIDO B.
Coordinadora Servicio de Fisioterapia

Departamento de CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

Universidad de La Sabana

CERTIFICA QUE:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

CC. No. 51.816.618

Participó en el Seminario-Taller para *"Formación de terapeutas respiratorias en atención integral en enfermedad respiratoria aguda en menores de cinco años en el marco del proyecto de implementación de la iniciativa de Salas ERA en municipios de Cundinamarca"*, realizado en la ciudad de Bogotá, D.C., el día 11 de mayo de 2010, con una intensidad de ocho (8) horas.

ZORAYA LÓPEZ DÍAZ
Secretaria de Salud
Gobernación de Cundinamarca

JOSE FERNANDO SANCHEZ ORTIZ
Director (E) Área de Salud Pública
Secretaría de Salud de Cundinamarca

CAMILO OSORIO BARKER
Decano
Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

Bogotá D.C., 2010



V CONGRESO
Terapia Respiratoria
"Enfoque terapéutico en cuidado crítico"

HOSPITAL SANTA CLARA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO II NIVEL

CERTIFICA

NORMA CONSTANZA MARTINEZ
C.C. 51.816.618

Asistió al V Congreso Terapia Respiratoria
"Enfoque Terapéutico en Cuidado Crítico "
realizado en Bogotá D.C., el 17 de marzo de 2015.

Dr. Hugo Armando Méndez Arévalo
Gerente Hospital Santa Clara

Dra. María Esneda Rocha Gaona
Directora Terapia Respiratoria

Dra. Olga Yumary Ramírez
Subdirectora Científica

BOGOTÁ HUCSANA

Bogotá, D.C

Señores

Universidad Manuela Beltran

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

Profesional En Terapia Respiratoria

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 51816618

Tarjeta profesional No.: 51816618

Dirección de contacto: Clle 12c #71c30 int 9 Apto 701

Teléfono: 3124562029



Clinica San Diego

AVENIDA 33 No. 14-37
CONMUTADORES: 245 15 10-16
338 47 69 - 338 47 70
FAX: 245 14 16

SANTAFE DE BOGOTA, D. C. - COLOMBIA

MATERNIDAD - GINECOLOGIA - CI
SERVICIOS ESPECIALIZADOS
URGENCIAS 24 HORAS

C E R T I F I C A C I O N

Con el presente certificamos que la Dra. **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**, portadora de la cédula de ciudadanía numero 51'816.618 de Bogotá, labora actualmente en nuestra institución como terapeuta respiratoria, hace diez (10) meses, siendo honorable, puntual y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 01 (un) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y siete 1997.

Cordialmente,

Dra. MARGARITA QUINTERO
Coordinadora de Terapia Respiratoria.

CENTRAL DE URGENCIAS PEDIATRICAS
HELENA CALDERON DE SANTOS

Carrera 42 Calle 67A - Conmutador: 311 63 11 - Fax: 310 88 58
Bogotá, D.C. - Colombia

Santafé de Bogotá, 20 de mayo de 1999

LA JEFE DE RECURSOS HUMANOS

HACE CONSTAR:

Que **NORMA CONSTANZA MARTINEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía No 51.816.618 de Bogotá, labora en nuestra institución en el cargo de **TERAPISTA RESPIRATORIA,** desde el 19 de noviembre de 1998.

Esta constancia se expide para trámites del interesado.

CENTRAL DE URGENCIAS PEDIATRICAS
HELENA CALDERON DE SANTOS
JEFATURA RECURSOS HUMANOS

ADRIANA CORNEJO BRICEÑO
Jefe Recursos Humanos

Méndez

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE PROFESIONALES DE LA SALUD "PROFESALUD CTA". NIT 830.116.636 - 4

HACE CONSTAR QUE:

La Dra. **NORMA MARTÍNEZ AGUIRRE**, con cédula de ciudadanía No. 51816618 de Bogotá, laboró en esta cooperativa en calidad de asociada por medio de **Acuerdo Cooperativo**, desarrollando sus funciones a satisfacción en el Hospital San Rafael de Caqueza Cundinamarca, desde el **1 de agosto de 2.004** hasta el día **23 de octubre de 2011**, en el cargo de **TERAPISTA RESPIRATORIA.**

Se expide en Bogotá D.C. a los 24 días del mes de Octubre de 2011.

Atentamente,

MANUEL REYES D.
GERENTE
PROFESALUD CTA

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

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **NORMA MARTINEZ AGUIRRE** identificada con CC. Nº 51.816.618, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
1202 DE 2012	01-11-2012	31-12-2012	$3.727.080
212 DE 2013	01-01-2013	31-12-2013	$27.447.420
531 DE 2014	01-01-2014	31-12-2014	$26.974.800
334 DE 2015	01-01-2015	31-12-2015	$27.515.400
472 DE 2016	01-01-2016	09-01-2017	$27.225.000
PS-1824-2017	10-01-2017	31-10-2017	$24.786.870

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Atender con sentido ético y profesional a los pacientes que soliciten el servicio de terapia respiratoria. Cumplir con las horas laboradas para las cuales fue contratado.
2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, intermedio y sala ERA.
3. Cumplir a cabalidad con el manual de procesos y procedimientos de la institución.
4. Realizar el seguimiento diario de la evolución de los pacientes hospitalizados.
5. Mantener actualizadas las historias clínicas para una oportuna información para el equipo de trabajo y así lograr un mejor manejo del paciente.
6. Contestar las interconsultas que se hagan el servicio de una manera oportuna.
7. Velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria.
8. Velar por el manejo adecuado de ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia de acuerdo a los parámetros de la institución.
9. Velar por que todas las actividades que se realicen sean facturadas y cargadas a las respectivas cuentas de los pacientes.
10. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes.
11. Asistir a las reuniones que fuere convocado por el coordinador de área o directivas de la institución.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.816.618**

MARTINEZ AGUIRRE

APELLIDOS

NORMA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1965**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUL-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

NDICE DERECHO

A-1500150-00112642-F-0051816618-20081026 **0004**97973A 1 1300022685

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 [1][3] Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14204511513

(415)7707212489984(8020) 000001420451151 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
51816618	1	Impuestos de Bogotá [3][2]	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	[1][6][9]	Bogotá D.C. [1][1]	Bogotá, D.C. [0][0][1]

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	AGUIRRE	NORMA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 12 C 71 C 30 IN 9 AP 701 BRR CIUDAD ALSACIA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		4812107	3103033279

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	19961213						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: [0] 61. Fecha: [2][0][1][2][1][2][2][4]

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-11-2015
Hora: 2:43:29 PM

CONTRIBUYENTE NIT 51816618-1 NORMA MARTINEZ AGUIRRE

Información General

Dirección CL 12C 71C 30 IN 9 AP 701

Teléfonos 4812107-3103033279

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 13/04/2015

Soporte Inscripción 16583689

Fecha Inicio Actividades 13/12/1996

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: 15000247923

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

NORMA
MARTINEZ AGUIRRE
C.C. 51816618

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

Expedicion 28/08/2012

Identificación Plastica 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.

001008

RESOLUCION NUMERO DE 28 FEB. 1997

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión del área de las ciencias de la salud en el Territorio Nacional

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD de Santa Fe de Bogotá D.C. en ejercicio de las delegaciones conferidas por las resoluciones números 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y Decreto 1875 de 1.994 de la presidencia de la República. y

CONSIDERANDO :

Que MARTINEZ AGUIRRE NORMA identificado(a) con cédula de ciudadanía número 51816618 expedida en BOGOTA , solicito ante esta Secretaria la refrendación de su TITULO y la autorización para el ejercicio de su profesión en el Territorio Nacional.

Que para tal efecto presentó los documentos que lo(a) acreditan como PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

Que el respectivo TITULO le fue otorgado por ********** FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN el 12/13/1996 quien lo *** registró en el Libro 1 Folio 127 AÑO 1996

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO _ Autorizar a MARTINEZ AGUIRRE NORMA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 51816618 de BOGOTA , para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 28 FEB. 1997

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

mcc

CJGR

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 2363 DE 2003
( )
27 JUN. 2003

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

EL SECRETARIO DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución 8211 de 15 de julio de 1989 emanada del Ministerio de Salud, y

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

Que NORMA MARTINEZ AGUIRRE, con cédula de ciudadanía No. **51.816.618 de Bogotá, D.E.,** ha solicitado Inscripción para ejercer como **PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA, en el Departamento de Cundinamarca,** título que le otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN "U.M.B" SANTAFE DE BOGOTA, D.C, SEGÚN ACTA DE GRADO No. 127, DE FECHA 13 DE DICIEMBRE DE 1996.**

Que **NORMA MARTINEZ AGUIRRE,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer como **PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA,** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No. 001008, DE FECHA 28 DE FEBRERO DE 1997, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a **NORMA MARTINEZ AGUIRRE,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **51.816.618 de Bogotá, D.E,** para ejercer como **PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA,** en el Departamento de Cundinamarca.

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D. C. a los 27 JUN. 2003

JOAQUIN ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

Patricia Y/ Vo.Bo. Dirección Asuntos Jurídicos.

Soporte Pisis <soportepisis@minsalud.gov.co>
Para: Norma Constanza Martinez Aguirre
10 dic. a las 7:46 a. m.

Bogotá D.C.,

Señora,

Norma Constanza Martinez Aguirre

Reciba un cordial saludo,

En atención a su solicitud me permito informarle que si es auxiliar, técnicos laborales, técnicos profesionales o tecnólogos, deberá solicitar su inscripción ante la entidad que le autorizó el ejercicio, esto es, ante las Direcciones Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda.

Si es profesional, deberá solicitar su inscripción en los Colegios Profesionales que se encuentran ejerciendo funciones públicas delegadas en el marco de la Ley 1164 de 2007, en las Direcciones Departamentales de Salud, ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o en el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda (ver ABECÉ del ReTHUS).

Se debe tener en cuenta que la inscripción de una profesión u ocupación del área de la salud, para quienes fueron autorizados previamente por las Direcciones Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social,Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social, es gratuita y no requiere intermediarios.

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.).

Si tiene dudas, inquietudes o consultas, le invitamos a comunicarse con la Mesa de Ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social en Bogotá, llamando al (+571) 5893750 y en el resto del país al 018000960020. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua, o bien, a través del correo electrónicosoportepisis@minsalud.gov.co

Atentamente,

Tatiana Restrepo

Centro de Contacto al Ciudadano

Ministerio de Salud y Protección Social

Antes de imprimir este mensaje piense bien si es necesario hacerl

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	16 DIC 2018		
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1	16 DIC 2018	221502068	
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
NIT. 900.160.179-1
Cod. del Prestador 1100117560
AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

IPS Mundo Salud

Nº 4257

NOMBRE: Norma Martinez Aguirre
IDENTIFICACIÓN: 51816618 SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 17-06-65 TEL.: 3124562029

696 7246 320 346 7063 304 219 5009
www.vacunacionmundosalud.com
Cra 20 No 27-08 Sur Barrio Olaya

HEPATITIS B IS A DISEASE 100 TIMES MORE INFECTIOUS THAN AIDS !

LA HEPATITIS " B " ES UNA ENFERMEDAD
100 VECES MAS CONTAGIOSA QUE EL SIDA.!

FORMAS DE TRANSMISIÓN

- ORINA
- SUDOR
- SALIVA
- LAGRIMAS
- HERIDAS ABIERTAS
- RELACIONES SEXUALES
- TRANSFUSIONES DE SANGRE
- COMPARTIR AGUJAS o INSTRUMENTAL CONTAMINADO

PROXIMA CITA 22 SEPT/12

NOTA : Si no puede vacunarse en esta fecha debera hacerlo unicamente el dia Lunes de 9:00 am A 12:00 pm ó 2:00 pm A 5:00 pm en la FUNDACIÓN PREVENIR

VACCINE FOR CHILDREN AND ADULTS

VACUNA PARA NIÑOS Y ADULTOS

DOSIS

PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	REFUERZO

LOTE 035B1009
FV/NOV/14
LAB. SERUM

FUNDACIÓN Prevenir VACUNACIÓN
25 AGO. 2012

— Al MES Al AÑO

IT REMEMBERS THAT ONLY THE THREE DOSES GUARANTEE THE COMPLETE PROTECTION AGAINST "HEPATITIS B"

DOSIS APLICADAS 1 2 3 R

RECUERDE QUE SOLO LAS TRES DOSIS GARANTIZAN LAS PROTECCIÓN COMPLETA CONTRA LA "HEPATITIS B"

BIOTOSCANA

Unidad de Vacunas

Su Ángel Protector en Casa

CARNET DE VACUNACIÓN

Nombre	Norma Martinez.
Dirección	
Telefono	
H.C.	51816618
Entidad Vacunadora	

OBSERVACIONES

FUNDACION Prevenir SAS

IPS CENTRO DE VACUNACION

FUNDACION PREVENIR S.A.S.
EDIFICIO MARLY CARRERA 9 No 48 - 42
EMAIL: Fundprevenir@hotmail.com
BOGOTA D.C - COLOMBIA

CEL. 311 2938501
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO
2718059

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B.

CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST HEPATITIS B

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

NOMBRE NAME

TI / CC IDENTIFICACIÓN IDENTIFICATION: 51816618

TIPO DE SANGRE TYPE OF BLOOD:

EDAD AGE: 17 AÑOS

CODIGO CODE: #3 57

DRA. YANETH VELANDIA BARRERA MEDICA LABORAL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL UNIVERSIDAD EL ROSARIO RESOL. 25 – 2102/2014 / RESOL. 5702/2014 CODIGO DE HABILITACION 2517852487 CALLE 4 # 1 - 89 CHIPAQUE CUNDINAMARCA CEL. 310 3343519	Vital Medic SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INGRESO _____X_____ PERIODICO _____ EGRESO _____

FECHA DE REALIZACION: 15 DE ENERO DE 2018 CIUDAD: CAQUEZA CUNDINAMARCA

NOMBRE DE LA EMPRESA NIT	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE NORMA MARTINEZ AGUIRRE	FECHA NACIMIENTO 17/08/1965	EDAD 52 AÑOS	GENERO FEMENINO	IDENTIFICACION 51816618 DE BOGOTA
CARGO AL QUE ASPIRA	TERAPEUTA RESPIRATORIA			

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA	X
APTO CONDICIONADO (CON PATOLOGIA QUE NO INTERVIENE CON SU OFICIO)	
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO	
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
APLAZADO	
MOTIVO DE APLAZAMIENTO	
RESTRICCIONES	

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO	
NO SATISFACTORIO	

EXAMEN PERIODICO

SATISFACTORIO	
NO SATISFACTORIO	

HAY SOSPECHA DE

ACCIDENTE DE TRABAJO	
ENFERMEDAD PROFESIONAL	
ENFERMEDAD COMUN (AGRAVADA POR EL TRABAJO)	
ENFERMEDAD COMUN	X

RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, MEDIDAS ERGONOMICAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. AHORRO ARTICULAR. SE RECOMIENDA VERIFICAR ESTADO DE VACUNACION. CONTROL EN EPS POR OPTOMETRIA. OFTALMOLOGIA, EN EPS, DEBE LABORAR CON LENTES MAXIMO DURANTE 8 HORAS DIARIAS, SE RECOMIENDA EVITAR LABORAR EN SITIOS CON POCA ILUMINACION O ACTIVIDADES NOCTURNAS.

FIRMA

Dra. Yaneth Velandia Barrera
Medicina Laboral
Universidad El Rosario
Esp. Salud Ocupacional
Res. 5702/2014 - 25-2102/2014

DRA. YANETH VELANDIA BARRERA
MEDICA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD EL ROSARIO
RESOL. 25-2102/2014

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL INGRESO**	CODIGO: AP-TH-F-34-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION CIENTIFICA	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA : 26/10/2017

NOMBRES Y APELLIDOS Nora Martinez Aguirre
EDAD 52 FECHA DE NACIMIENTO 17/08/1965 C.C 51816618
EMPRESA _____ CARGO Terapeuta respiratoria

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
3. Ingresar al PVE que amerite según el riesgo y resultado de los exámenes médicos ocupacionales
4.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

X	APTO		APTO CON RESTRICCION		APLAZADO

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

1. Realizar pausas activas. 2. Mantener adecuada higiene postural
3. Debe laborar con lentes de corrección visual. los cuales puede usar por máximo 8hrs.
4. Evitar desempeñar actividades en lugares con poca iluminación y durante la noche.
5. Acudir a controles por oftalmología y optometría por su EPS.

Consideraciones legales relativas a los exámenes de ingreso: Las Resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Para constancia se firma en Bogotá a los 16 días del mes de Marzo de 20 18 .

Carolina Gomez Bermudez
Medico Especialista
Salud Ocupacional
RM 251821-LIC 25299/15
CC 52.452.911

Nombre y firma del Médico
Especialista en Salud Ocupacional
Registro profesional

Firma del trabajador
C.C 51816618

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
CERTIFICA QUE:

NORMA CONSTANZA MARTINEZ AGUIRRE

C.C.: 51816618

Asistió a la capacitación en

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta y Un (31) días del mes de Octubre de 2016

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

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

SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Norma Martínez Aguirre

C.C. 51.816.618 de Bogotá.

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 4904 del 2009
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 03 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2018, CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

Ivan Torres Vásquez
Coordinador Académico
SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
ANEC 13649

LIBRO 1 FOLIO 0511

sabersaludse@gmail.com
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639

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: 14-12-2018 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: cundinamarca

Obligación Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.7.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Martinez	Aguirre	Norma	

TIPO DE IDENTIFICACION	No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	51816618	Bogota	1984-07-19
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-08-1965	Bogota	colombia	colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	2	3124562029

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA:								PROFESION OFICIO
MAGISTER ☒	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Terapia Respiratoria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
calle 12 # 71 c 30	Bogota	cundinamarca	colombia	8101379

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
norcons87@gmail.com	—	PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE:

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		RETENEDOR		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐		SI ☐		NO ☒	8692	
		NO ☒	ICA	SI ☐	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 ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒						900959051
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐		
OTRA ☐ CUAL:	subred centro oriente								

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DL.	3725610	Bogotá	cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL:	Terapeuta Respiratoria.		FECHA VINCULACION	1-8-2016

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	2'000.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2'600.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	800.000	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2'600.000	TOTAL EGRESOS	2800.000	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 Contratante y debe ser totalmente diferente)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Grass	ortiz	Harleny	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cra 68c # 9c - 97	Bogota Cundinamarca	Amiga	3015816778

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	469460002793	20 de Julio	338383

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 ☐ TRANSPERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ____

8. DECLARACIÓN 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.):

Terapia Respiratoria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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.
Pensionados: 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 últimos 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que hacen la *recolección 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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para 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 la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de informacion relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica 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, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y 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, transfieran, 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 jurídica 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 autorizo, 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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Norma Martinez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifico:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NORMA MARTINEZ AGUIRRE identificado(a) con cedula ciudadania 51.816.618 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170501	No Registrada	247

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10521696

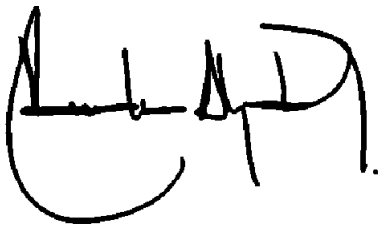
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **51,816,618**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118634865

WEB
16:29:27

Bogotá DC, 30 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NORMA MARTINEZ AGUIRRE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51816618:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de noviembre de 2018, a las 20:05:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51816618
Código de Verificación	518166181811302005 22

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

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

CODIGO: AP-AA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51816618			Sura
Numero de Documento			ARL
Norma		Haines	Aguirre
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
17 agosto 1965	Bogota	Cll 72C 71C 30 in 94apt	4812107
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Direccion de Residencia	Telefono Fijo
Compensar	Proteccion	$ 2.100.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Terapeuta Respiratoria			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
norcaro65@yahoo.com		310 303 3279	
Correo Electrónico		Celular	

Norma Haines
Firma del Afiliado

Mario Eduardo Rocha
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 91920114

Lider Apoyo Diagnostico y Terapeutico

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2572174

Bogotá D.C., 30 de Noviembre de 2018 - 20:10 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO** de BOGOTÁ,D.C.

51816618

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: 11_W5WZQ_1020
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios