Sampués- Sucre, Diciembre del 2024.

Doctora:

**STHEFANI PAULIN DE ARCE RICARDO**
Gerente Centro de Salud Sampués E.S.E.

**REFERENCIA: OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**

Respetada Doctora:

Me permito presentarle oferta de servicios- para desempeñarme en el **CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.**; como **PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO DEL CENTRO DE SALUD E.S.E**; teniendo en cuenta mis conocimientos y experiencia.

Conozco y acepto los efectos de la contratación de prestación de servicios en cuanto a que no existirá subordinación en la ejecución del contrato y en consecuencia no habrá lugar a reconocimiento y pago de salarios, ni prestaciones sociales, teniendo en cuenta la independencia y autonomía técnica como contratista en el cumplimiento de mis obligaciones.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad de orden constitucional o legal para contratar con el **CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.**

Así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en conflictos de interés para contratar con el **CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.**

Nombre del contratista

Roger martinez

**Roger David Martínez**
**CC. 1100696227**expedida en _Sampués- sucre

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Martinez | Salcedo | Roger David |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1100696227

SEXO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO p345108 D.M. 11

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DIA 02 MES 03 AÑO 1999

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 21 - 25 35 Calle La Industria

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: SUCRE

MUNICIPIO: SAMPUÉS

TELÉFONO: 3024104987 EMAIL: rogerdmartinezs@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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 | 10 | X | | ODONTOLOGIA | 02 | 2023 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

ESPECÍFIQUE 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 COMPLETO

# 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*<br>CENTRO DE SALUD SAMPUES | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SUCRE | *MUNICIPIO*<br>SAMPUÉS | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2838189 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 11 | *Año* | 2023 | *Día* | 22 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO ODONTOLOGO | *DEPENDENCIA*<br>ODONTOLOGO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 21 24 37 BARRIO MILLAN VARGAS | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENTRO DE SALUD SAMPUES | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SUCRE | *MUNICIPIO*<br>SAMPUÉS | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2831107 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO ODONTOLOGO | *DEPENDENCIA*<br>AREA ODONTOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 21 24 64 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENTRO DE SALUD SAMPUES | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SUCRE | *MUNICIPIO*<br>SAMPUÉS | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2838189 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 28 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 | *Día* | 28 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | *DEPENDENCIA*<br>AREA ODONTOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 21 - 24 37 BARRIO MILLAN VARGAS | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *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* | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 6 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 0 | 6 |

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

Roger Martinez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.100.696.227**

**MARTINEZ SALCEDO**
APELLIDOS

**ROGER DAVID**
NOMBRES

Roger Martínez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1999**
**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.69** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**10-MAR-2017 SAMPUES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2816000-00896334-M-1100696227-20170410 **00549**11191A 2 47319999

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

**Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud**



Roger David Martinez Salcedo

Odontólogo

C.C. 1.100.696.227

Universidad del Sinú
Montería

Diploma:23/02/2023
RETHUS: 28/04/2023

Esta tarjeta es un documento público y expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Es personal e intransferible.
Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Odontología: contacto@colegiodeodontologos.org



CCO- 025801

**Duvan Franco Mendoza**
**Representante Legal**
Colegio Colombiano de Odontologos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVA DE SEGUNDA CLASE



NOMBRES: ROGER CAMILO

APELLIDOS: MARTINEZ SALCEDO



Pagaré

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PUBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 1861 DE 2017

PERTENECE A LA RESERVA DE:

| FECHA DE 1ª LÍNEA | FECHA DE 2ª LÍNEA | FECHA DE 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 2029 | 2039 | 2049 |

P345106

FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/08/2021

DISTRITO MILITAR: 011

CR. JAVIER HERNANDO VALENZUELA CAMERA
DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

La República de Colombia
Departamento de Sucre
y en su nombre

# La Institución Educativa Pedagógico Venecia

Sincelejo - Sucre

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal,
según Resolución No. 0931 del 25 de marzo de 2011.

## Confiere a:

## Róger David Martínez Salcedo

Identificado(a) con T. I. No. 980302-19305 de Sincelejo - Sucre

## El Título de:

# Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según la Ley 115 de 1994, Decreto No. 1290 de 2009 y el Plan de Estudio contemplado en el Proyecto Educativo Institucional.

Anotado al folio No. 29 del Libro de Registro Interno de Diplomas No. 1

Dado en Sincelejo, 4 de DICIEMBRE de 2015

Daniel García Chamorro
C.C. No. 92.503.016 de Sincelejo
RECTOR

Isabel Cerro Jaraba
C.C. No. 34.237.559 de Buenavista
SECRETARIA

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDAGÓGICO VENECIA

Carrera 39 No. 24B - 08 (Barrio Florencia) • Sincelejo - Sucre

NIT. 0800163116-7
Inscripción S.E. 70-001
DANE: 370001003188
JORNADA MATINAL

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Sincelejo, Departamento de Sucre, a 04 del mes de Diciembre del año 2015; se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDAGÓGICO VENECIA**, institución aprobada hasta _____ en el nivel de Educación Media y autorizada por **la Secretaría de Educación Municipal** para otorgar el Título de Bachiller en la **Modalidad Académica** según Resolución No. 0931 del 25 de marzo de 2011. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

RÓGER DAVID MARTÍNEZ SALCEDO
T. I. No. 990302-19305 Sincelejo - Sucre

Es fiel copia del Libro de Actas Generales de Grado No. 05 , Folio No. 23 de fecha 04 de Diciembre de 2015 que consta de 34 alumnos, comienza con el nombre de **ARRIETA OSPINO WENDY PAOLA** y se cierra con el nombre de **VERGARA VERGAR ARMANDO JOSÉ.**

Firmada y sellada por **DANIEL GARCÍA CHAMORRO** Rector é **ISABEL CERRO JARABA**, Secretaria.

Dado en Sincelejo, el 04 del mes de Diciembre de 2015.

**FIRMADO Y SELLADO**

Anotado para efectos de control en el Libro de Registro de Diploma No. 1 Folio 23

Daniel García Chamorro
C.C. No. 92.503.016 de Sincelejo
Rector

Isabel Cerro Jaraba
C.C. No. 33.237.959 de Buenavista
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

24972

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Roger David Martinez Salcedo

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.100.696.227 de Sampués , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Odontólogo

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería

A LOS 23 DIAS DEL MES DE Febrero DE LA AÑO 2023

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 2 FOLIO 374

UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Elias Bechara Zainúm
Fundada en 1974
*Montería - Bogotá - Cartagena*

ACTA DE GRADO NUMERO **0907 -005O**

Resolución Rectoral No. 3151 de febrero 17 de 2023

CONSIDERANDO QUE

# Roger David Martinez Salcedo

C.C. No 1.100.696.227 de Sampués

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

# Odontólogo

En nombre y representación de la Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainum- y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. 24972 registrado en el folio 174 del libro 8.

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los veintitres (23) días del mes de febrero de 2023

Rectora

Secretario General

Decano
Ciencias de la Salud

Sabanasalud Sahagun S.A.S

NIT 900[illegible]

FUNDACION CONVIVENCIA

NIT 900[illegible]

AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES

COTESMAG

# CERTIFICA QUE

ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO

CC. 1.100.696.227

Realizó el curso de

# MANEJO INTEGRAL EN SALUD DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 05 días del mes de junio de 2023*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal - Vigencia (2) dos años*

[illegible]

[illegible]

ALBERTO ARROYO [illegible]

YAMILA LOPEZ GARCIA

[illegible]

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

CERTIFICA QUE

Roger David Martínez

C.C. 1.120.696.227 EXPEDIDA EN Sampués

ASISTIÓ AL

Curso de Radioprotección

INTENSIDAD HORARIA: 10 Horas

Septiembre 25 de 2021

DIRECTOR DEL PROGRAMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS OCUPACIONALES

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Nit. 800280333-4 Cl 21. No. 24 - 378. Millan • Tel: 283 8189

Certifica que:

Roger Martinez Salcedo

*Participó en el Taller Estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral-IAMII, los días 15, 16, 18, y 19 de marzo del año 2024.*

*Dado en el Municipio de Sampués, Sucre en el mes de marzo del 2024.*

HERNANDO MONTALVO VERGARA
Gerente

CECILIA COHEN PRADO
Facilitadora Estrategia IAMII

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

*Roger David Martínez Salcedo*

*CC: 1100696227*

*Johanna Tapia M.*
Directora Académica.
**JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA**

En el Curso de: **RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL**
Para: **Odontologo**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico – Práctico. **Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2** mátricula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019**

Representante Legal
**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**

Realizado el **21** del mes de **noviembre** del **2024** con una intensidad de **60 Horas.** Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

**VIGILADO MINEDUCACIÓN**

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**
Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Nit.: 900308532-6
Cl. 21 No. 24-97 B. Millan - Tel: 283 8788

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES - ESE**

Hace constar

Que: **ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO,** Identificado con la cédula de ciudadanía número 1.100.696.227, prestó sus servicios Profesionales como Odontólogo en el Centro de Salud de Sampués – ESE desde el 22 de noviembre de 2023 hasta el 22 de diciembre de 2023, manteniendo una vinculación Contractual de Orden Administrativo, por la Modalidad de Prestación de Servicios profesionales.

**BRAULIO ACUÑA CASTELLAR**

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Cl. 21 No. 24-37 B. Millán - Tel: 283 8189

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES - ESE**

Hace constar

Que: **ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO,** Identificado con la cedula de ciudadania número 1.100.696.227, presto sus servicios Profesionales como Odontólogo en el Centro de Salud de Sampués – ESE desde el 6 de junio de 2023 hasta el 31 de octubre de 2023, manteniendo una vinculación Contractual de Orden Administrativo, po. La Modalidad de Prestacion de Servicios profesionales.

**BRAULIO ACUÑA CASTELLAR**

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Nit 900208532-6
Cl. 21 No. 24-37 B. Millan - Tel: 283 8189

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES - ESE**

Hace constar

Que: **ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO,** Identificado con la cédula de ciudadanía número 1.100.696.227, prestó sus servicios Profesionales como Odontólogo en el Centro de Salud de Sampués – ESE desde el 28 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2024, manteniendo una vinculación Contractual de Orden Administrativo, por la Modalidad de Prestación de Servicios profesionales.

**BRAULIO ACUÑA CASTELLAR**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14895872746

(415)7707212489984(8020) 000001489587274 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 0 0 6 9 6 2 2 7 | 5 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo 2 3 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 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 | 1 1 0 0 6 9 6 2 2 7 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sampués 6 7 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | SALCEDO | ROGER | DAVID |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sampués 6 7 0 |

41. Dirección principal
CR 21 25 35 BRR CENTRO

42. Correo electrónico rogerdmartinezs@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 2 4 1 0 4 9 8 7 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 0 0 2 | 2 0 1 7 0 4 2 0 | 8 6 2 2 | 2 0 2 3 0 2 1 3 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 2023 - 02 - 13 / 16 : 42: 35

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ SALCEDO ROGER DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# DIAN

## Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

**210**

1. Año: 2023

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118625370993

(415)7707212489984(8020) 000211862537099 3

| Datos del declarante | 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6.DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres | 12.Cod. Dirección seccional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1100696227 | 5 | MARTINEZ | SALCEDO | ROGER | DAVID | 23 |

24. Actividad económica principal: 8622 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable siguiente — 28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica: 13,000

**Patrimonio** — Total patrimonio bruto 29: 17,480,000 — Deudas 30: 48,845,000 — Total patrimonio líquido 31: 0

### Cédula general

| Conceptos/rentas | | Rentas de trabajo | | Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria | | Rentas de capital | | Rentas no laborales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos brutos | | 32 | 0 | 43 | 18,473,000 | 58 | 0 | 74 | 42,322,000 |
| Devoluciones, rebajas y descuentos | | | | | | | | 75 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | | 33 | 0 | 44 | 0 | 59 | 0 | 76 | 42,322,000 |
| Costos y deducciones procedentes | | | | 45 | 7,300,000 | 60 | 0 | 77 | 0 |
| **Renta líquida** | | 34 | 0 | 46 | 11,173,000 | 61 | 0 | 78 | 0 |
| Rentas líquidas pasivas - ECE | | | | | | 62 | 0 | 79 | 0 |
| Rentas exentas | Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC | 35 | 0 | 47 | 0 | 63 | 0 | 80 | 0 |
| | Otras rentas exentas | 36 | 0 | 48 | 0 | 64 | 0 | 81 | 0 |
| | **Total rentas exentas** | 37 | 0 | 49 | 0 | 65 | 0 | 82 | 0 |
| Deducciones imputables | Intereses de vivienda | 38 | 0 | 50 | 0 | 66 | 0 | 83 | 0 |
| | Otras deducciones imputables | 39 | 0 | 51 | 0 | 67 | 0 | 84 | 0 |
| | **Total deducciones imputables** | 40 | 0 | 52 | 0 | 68 | 0 | 85 | 0 |
| **Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)** | | 41 | 0 | 53 | 0 | 69 | 0 | 86 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | | | | 54 | 11,173,000 | 70 | 0 | 87 | 0 |
| **Pérdida líquida del ejercicio** | | | | 55 | 0 | 71 | 0 | 88 | 0 |
| Compensaciones por pérdidas | | | | 56 | 0 | 72 | 0 | 89 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria** | | 42 | 0 | 57 | 11,173,000 | 73 | 0 | 90 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ren. líquida céd. gen.** | 91 | 11,173,000 | **Ren. ex. y ded. imp. li.** | 92 | 13,000 | **R. líq. ord. cédula gen.** | 93 | 11,160,000 | Comp. pérdidas año 2018 y ant. 94: 0 |
| Comp. exc. ren. presuntiva | 95 | 0 | Rentas gravables | 96 | 0 | **R. líq. grav. cédula gen.** | 97 | 11,160,000 | Renta presuntiva 98: 0 |

### Cédula de pensiones

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 99 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 100 | 0 |
| **Renta líquida** | 101 | 0 |
| Rentas exentas de pensiones | 102 | 0 |
| **Renta líquida gravable cédula de pensiones** | 103 | 0 |

### Cédula de dividendos y/o participaciones

| | | |
|---|---|---|
| Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros | 104 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 105 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores** | 106 | 0 |
| 1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 107 | 0 |
| 2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 108 | 0 |
| Dividendos y participaciones recibidas del exterior | 109 | 0 |
| Rentas exentas de la casilla 109 | 110 | 0 |
| Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.) | 111 | 11,160,000 |

### Ganancias ocasionales

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior | 112 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 113 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 114 | 0 |
| **Ganancias ocasionales gravables** | 115 | 0 |

### Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

| | | |
|---|---|---|
| Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones | 116 | 0 |
| Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones | 117 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.) | 118 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2016 | 119 | 0 |
| Por dividendos y participaciones recibidas del exterior | 120 | 0 |
| **Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables** | 121 | 0 |

Descuentos tributarios

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Imp. pagados en el exterior | 122 | 0 | Donaciones | 123 | 0 |
| Dividendos., particip. y otros | 124 | 0 | Total descuentos trib. | 125 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Impuesto neto de renta** | 126 | 0 |
| **Impuesto de ganancias ocasionales** | 127 | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 128 | 0 |
| **Total impuesto a cargo** | 129 | 0 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 130 | 0 |
| Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 131 | 0 |
| Retenciones año gravable a declarar | 132 | 0 |
| Anticipo renta para el año gravable siguiente | 133 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Saldo a pagar por impuesto | 134 | 0 | Sanciones | 135 | 0 | Total saldo a pagar | 136 | 0 | Total saldo a favor 137: 0 |
| Número de dependientes económicos | 138 | 0 | Adición por dependientes a la casilla 92 | 139 | 0 | Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X | 140 | 0 | Aporte voluntario 141: 0 |

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para uso de la entidad recaudadora

DIAN
2024-08-27 / 08:55:26 AM
2024-0 Fecha Acuse de Recibo 8:55:26
Firmado

**980. Pago total $**: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900178434204

2024417561849 4

PRELIMINAR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:21:14 AM horas del 21/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1100696227**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ SALCEDO ROGER DAVID**

**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.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 21/11/2024 10:35:12 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1100689161 .**

## 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. **105476098** . 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 Busqueda | Imprimir

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# 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 jueves 21 de noviembre de 2024, a las 10:19:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1100696227 |
| Código de Verificación | 11006962272411211019 29 |

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 258453942

PIB
10:32:57


Bogotá DC, 21 de noviembre del 2024

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) ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100696227:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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.**

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C110069622700212752**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ROGER DAVID MARTINEZ SALGADO**, identificado(a) con C.C. No. 1100696227 y T.P. o R.M. No. 025801 del(a) Secretaria de Salud Departamental Córdoba, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 25 noviembre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

# ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1100696227

Primer Nombre

ROGER

Primer Apellido

MARTINEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1056

Consultar Limpiar

**Resultado General -2024-10-29 10:18:55 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1100696227 | ROGER | DAVID | MARTINEZ | SALCEDO | Vigente |

**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) ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO identificado(a) con CC 1100696227 registra La siguiente información:**

**2024-10-29 10:18:55 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ODONTOLOGIA | 2023-04-28 | 19962 | Colegio Colombiano de Odontologos |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Enti Repor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA\|NO APLICA\| | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Odontología | Col Colon d Odont |

**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).**

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:29:28 horas del 21/11/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **110696227,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **centro de salud sampues** , con NIT **900208532-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2024

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República  Ministerio de Defensa Nacional  Colombia compra eficiente  GOV.CO

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1100696227 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 29/10/2024 10:40 AM

Código Verificación: **XT8WCN9M12**

Valida hasta: **27/01/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Bogotá, Noviembre / 21 de 2024

Señor (a): ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO
CC. 1100696227
CL 26A NO 7W 21 BRR LA PINA
COROZAL

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 25 de 2018, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**
**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.696.227**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO** identificado con **CC** No. **1100696227**, registra la siguiente información.

**Datos de la Relación Laboral**

**Fecha de inicio de cobertura:** 26/06/2024
**Estado Afiliación:** ACTIVO
**Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2024
**Fecha fin de Contrato:** 31/01/2025
**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
**Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021502015.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**RICARDO NAJERA PORTO**
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. de S.O #4231-08 de Septiembre 2021
Registro # 2781-1995

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

**Ingreso**

**Nombres y Apellidos:** ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO
**Fecha de consulta:** 04/06/2024
**Fecha de nacimiento:** 02/03/1999
**Edad:** 25 **Sexo:** M
**Estado civil:** Soltero
**HC:** 1100696227
**Dirección:** Calle 21# 25-35
**Ciudad:** Sampues /Sucre
**Teléfono:** 3024104987
**Cargo al que aspira:** Odontólogo
**Peso:** 68kg **Estatura:** 1.69 **IMC:** 24.2 **TA:** 120/80
**Escolaridad:** EU
**Jornada Laboral:** Diurna
**EPS:** Salud Total **ARL:** Positiva **Pensión:** Porvenir
**Rh:** O+

**Exámenes**

Examen Médico Ocupacional **Básico: Normal** Vida
Recomendaciones Específicas: Higiene postural, ergonómico, pausas activas, estilos de saludable. Dieta.
Concepto: **Apto Sin restricciones para el Cargo**
Observaciones: Ninguna

Para dar cumplimiento a la resolución 2346de 2007 emanada del Ministerio de Protección Social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas medicas 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 este a disposición del personal encargado de la Vigilancia de salud de su empresa.
Los hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos en la resolución 2346 de 2007.
Notas:

1) Archive este informe en las hojas de vida en el área de recursos humanos
2) El Contenido de la Historia Clínica Ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2000 del cual transcriben a continuación algunos apartes. "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la Historia Clínica Ocupacional está a cargo del prestador de servicios ocupacional que la genero en el curso de la atención cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la Historia Clínica"
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar, o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la Historia Clínica a la hoja de Vida del trabajador.".
3) Este examen no reemplaza el realizado por sanidad para porte de armas.

Ricardo Najera Porto MD
Ricardo Nájera Porto 73123969
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. de S.O #4231-08 de Septiembre 2021
Registro # 2781-1995

Roger Martinez
Firma Trabajador
C.C

# Certificado
## Bancario

Jueves, 27 de junio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO identificado(a) con CC 1100696227, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

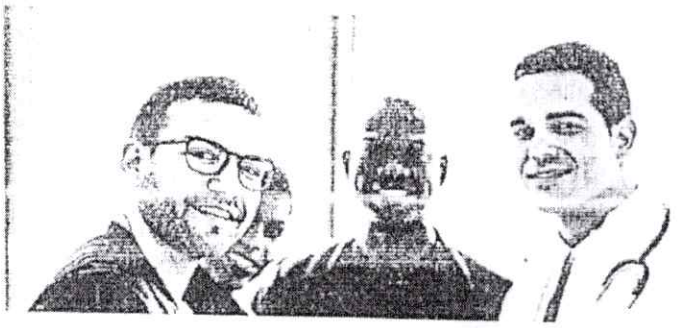
| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 09142259718 | 2022/09/20 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortes Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia



R+C

MAPFRE

Estimado,

MARTINEZ SALCEDO ROGER DAVID

¡Nos alegra que hayas renovado la protección con tu aseguradora global de confianza!

Para nosotros es una excelente noticia seguir contando con clientes como tu. Sigue disfrutando de todas las ventajas y beneficios de estar asegurado con MAPFRE y recuerda que toda la documentación de tu póliza la encuentras en los siguientes enlaces:

- Condicionado de mi seguro de RC medica.
- Guía interactiva del asegurado.
- Certificado de seguro.
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas de pago. Más información haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

DURAN LOPEZ GUSTAVO ADOLFO
Movil: 3167807018
Email: DURANGA@MAPFRE.COM.CO

Sigue gestionando tus productos en clientes.mapfre.com.co y revisando tu perfil de mapfretecuidamos.com.co nuestro programa lleno de ventajas para ti. Y por supuesto, mantente al día en nuestras redes:

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Seguimos contigo, siempre de tu lado.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

R+C MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia? ESCANÉAME

R-C MÉDICA
MAPFRE

# POLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Póliza No 1102227000132
Anterior
Cotiz



| RAMO / PRODUCTO | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 272 733 | | | MONTERIA | Calle 25 7no 4 22 local 105 | MONTERIA |
| TOMADOR<br>MARTINEZ SALCEDO ROGER DAVID | | NIT / CC<br>1100099227 | DIRECCION<br>KR 21 # 25 - 35 | CIUDAD<br>SAMPUES | TELEFONO |
| ASEGURADO<br>MARTINEZ SALCEDO ROGER DAVID | | NIT / CC<br>1100099227 | DIRECCION<br>KR 21 # 25 - 35 | CIUDAD<br>SAMPUES | TELEFONO |
| ASEGURADO<br>N D | | NIT / CC<br>N D | DIRECCION<br>N D | CIUDAD<br>N D | TELEFONO |
| BENEFICIARIO<br>CUALQUIER TERCERO AFECTADO | | NIT / CC<br>N D | DIRECCION<br>N D | CIUDAD<br>N D | TELEFONO<br>N D |

## PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| DURAN LOPEZ GUSTAVO ADOLFO | AGENTE AFIN | 4868 | 3107807218 | 100.00 |

## INFORMACION DE LA POLIZA

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA POLIZA | | | | | VIGENCIA CERTIFICADO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | HORA | DIA | MES | AÑO | No. DIAS | HORA | DIA | MES | AÑO | No. DIAS |
| 28 | 5 | 2024 | INICIACIÓN | 09:00 | 30 | 5 | 2024 | 365 | 09:00 | 30 | 5 | 2024 | 365 |
| | | | TERMINACIÓN | 06:00 | 30 | 5 | 2025 | | 06:00 | 30 | 5 | 2025 | |

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD | ODONTOLOGIA GENERAL |
| ESPECIALIDAD | ODONTOLOGIA GENERAL |
| DIRECCION DEL RIESGO | |
| DEPARTAMENTO | SUCRE |
| CIUDAD | SAMPUES |



## COBERTURAS

| COBERTURAS | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|
| R.C. Actos Médicos - Modulo | $ 850.000.000,00 | 10% PERO Mín $1.000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Gastos de defensa | $ 500.000.000,00 | 10% PERO |
| Responsabilidad Civil Subsidiaria Auxiliares | $ 300.000.000,00 | 10 % PERO Mín $900.000 (PESOS COLOMBIANOS) |
| Asistencia Médica Emergencia | $ 850.000.000,00 | 10 % PERO Mín $900.000 (PESOS COLOMBIANOS) |

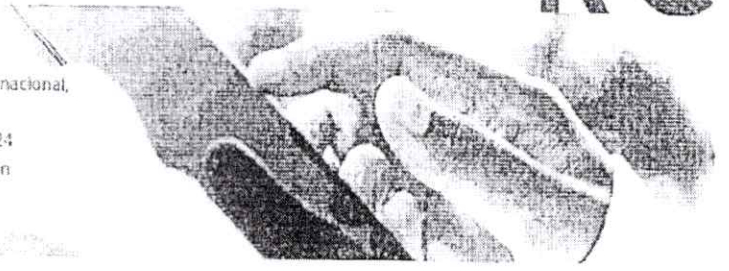
Profesionalmente ... Seguro

R-C

Contacta con nosotros:

L APFRE 3124

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
3077024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624
Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co



NIT 830.054.811-8 PBX +57 (1) 6333300 Fax +57 (1) 6333400 www.mapfre.com.co - Carrera 14 No 96-56 A.A. 28933 Bogotá D.C. Colombia
VPN: VALOR PRIMA NETA
N D: NO DISPONIBLE
SMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES
V A R: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERO: VALOR PERDIDA
V A P: VALOR ASEGURADO PARA EL DAÑO A TERCERO AFECTADO
V A A: VALOR ASEGURADO AGREGADO ANUAL DE LA POLIZA
Entidad vigilada Superintendencia Financiera de Colombia. Los productos y servicios ofrecidos por MAPFRE Colombia Seguros Generales S.A. se encuentran disponibles en nuestra red de oficinas y en www.mapfre.com.co

MAPFRE

R+C MÉDICA
MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Póliza No 1192223000112
AA 398 (331462)
1 de 4

Página 2 de 3

## VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICION | SUBTOTAL | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ 127.384,00 | $ 20.000,00 | $ 127.384,00 | $ 24.203,00 | $ 151.587,00 |

*415)7707285180026(8020)03166153168213900(8000)16587(96)20240530*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA
CLIENTE CLAUSULA RENOVACION MANUAL PERIODO 2024 - 2025

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA Y EL PAGO DE LA PRIMA PACTADA A LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y PARA QUE LA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. REANUDE EL PERIODO DE LA PRIMA Y DE LOS SINIESTROS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CONTINUACIONES Y ANEXOS

## ANEXOS

RC PROFESIONAL ODONTOLOGOS

ASEGURADO: ROGER DAVID MARTINEZ BALCAZO

ESPECIALIDAD: ODONTOLOGO

VIGENCIA: 30 - 05 - 2024 / 30 - 05 - 2025

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

LIMITE VALOR ASEGURADO: $ 60.000.000 por evento y agregado anual

DEDUCIBLES:

Basico: 10% MINIMO $600.000 cc No aplica para Gastos Medicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales 10%

POLIZA SUJETA A ORIGINAL DEL FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO FECHADO Y FIRMADO

## CLAUSULAS

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

AMPAROS

R.C. COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ESTE

RLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO POR EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE

DEDUCIBLES:

BÁSICO

VALORES ASEGURADOS DE $25.000.000 A $125.000.000 10% MINIMO $ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE $150.000.000 A $1.500.000.000 10% MINIMO $ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MEDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS
- R.C. EXTRACONTRACTUAL
- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL
- RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE VALOR ASEGURADO
- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
- R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE
- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR INTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARAN EN LA PÓLIZA

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART 1046, CÓDIGO DE COMERCIO)

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA QUEDANDO SUJETO A LA CLAUSULA DE RETICENCIA Y LA CLAUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA DAÑO RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTANEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMEATO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE ENTRE OTROS UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARASITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN, YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO PÉRDIDA DE VALOR COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES

PERMITE CONVERSACIONES GRABADAS CON EL PROPÓSITO DE CONTROL DE CALIDAD DEL AGENTE AUTORIZADO DEL VIA BONOS AUTORIZADO EXCEPTO SEGÚN INSTRUCCIÓN DE ACUERDO DE LEY
ESTE DOCUMENTO CONTIENE LA AUTORIZACIÓN DE CONSERVACIÓN CON EL MAT. S DOCUMENTARIO

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

Roger Martinez
TOMADOR

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO | Documento: CC 1100656027 | Fecha Nacimiento: 02/03/1999 | Fecha Generación: 20/11/2023

| Edad | Me protege de: | Dosis | Tipo Esquema | Fecha de Aplicación | | | Laboratorio | Número de lote | IPS Vacunadora | Fecha próxima cita | | | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Día | Mes | Año | | | | Día | Mes | Año | |
| 12 meses | Fiebre amarilla | Unica | PAI | 19 | 1 | 2021 | | RIG911V | SAMPUES ESE CENTRO DE SALUD LU | | | | Dora Maria Salzar Herrera |
| Sin rango de edad | COVID ASTRAZENECA | Primer Refuerzo | PAI Adicional | 19 | 1 | 2022 | Oxford-AstraZeneca | 7963 | IPS SALUD INTEGRAL DE SUCRE SAS SEDE SAMPUES | 8 | 5 | 2021 | GESIS ROCIO QUILLEN VIDEZ |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Primera | PAI Adicional | 17 | 4 | 2021 | PFIZER | EP9449 | MONTERIA ONCOMEDICA S A | | | | DORA LILIA BULA MONTALVO |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Segunda | PAI Adicional | 8 | 5 | 2021 | PFIZER | EJ6924 | MONTERIA ONCOMEDICA S A | | | | DORA LILIA BULA MONTALVO |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | PAI Adicional | 2 | 6 | 2023 | BUTANTAN | 210049 | CENTRO DE SALUD DE SAMPUES SUCRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 1 | 6 | 2026 | DIANA MARIA SALAZAR HERRERA |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | PAI Adicional | 19 | 1 | 2021 | | 2138L024F | SAMPUES ESE CENTRO DE SALUD LU | 16 | 3 | 2021 | Dora Maria Salzar Herrer |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Roger David

Apellidos: Martinez Salcedo

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte PEP otro cual:

No. 1100696227

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 03 Año 1999

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 4D | 22-01-2024 | Moderna Bivalente | 210823-2A | ESE Sampio | Jenifer Lara | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Roger David

Apellidos: Martinez Salcedo

Documento de identidad: CC CE PA CD SC PE PPT DE

El número de documento: 1100696227

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 03 Año 1999

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 30-04-24 VSD524482 | Sinovac | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref | | | |
| | 2do Ref | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CARNET DE VACUNACION

Nº 0046

Nombre: Roger David Hernandez

D.I.: 1100696221

Tel/Cel: 3024104682

Elevac-B

Prionix

Carrera 22 N° 16A - 68 Com 304 Edificio Santa Bárbara
vacunacionbiomedsas@gmail.com - infobiomedsas@gmail.com
Tel 317 893 9613 - 324 319 8222
Sincelejo, Sucre

| NOMBRE | | |